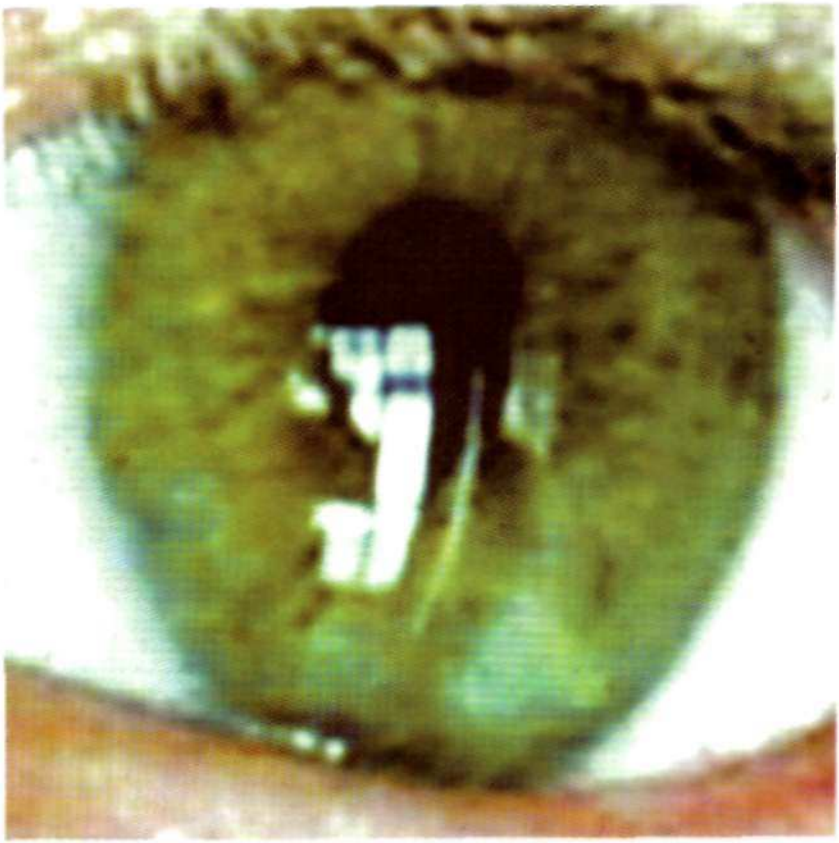
Psihologie

Ion Dafinoiu, Jenő-László Vargha

HIPNOZA CLINICĂ

Tehnici de inducţie. Strategii terapeutice



Collegium

POLIROM

Seria *Psihologie* este coordonată de Adrian Neculau.

Ion Dafinoiu - conferenţiar la Facultatea de Psihologie şi Ştiinţele Educaţiei, şeful Catedrei de l'nilmlogie Medicală şi Psihopedagogie specială din cadrul Universităţii „Al. I. Cuza", Iaşi, vicepreşedinte al Federaţiei Române de Psihoterapie. După o atentă analiză a istoriei hipnozei, fundamentează pe baze ştiinţifice studiul sugestiei şi hipnozei, arătând limitele clare între care se desfăşura aceste metode terapeutice. De acelaşi autor: *Sugestie şi Hipnoză* (Editura Ştiinţifică **fi Tehnică, 1996),** ***Elemente de psihoterapie integrativă*** **(Editura Polirom, 2000) şi** ***Personalitatea. Metode calitative de abordare: observaţia şi interviul*** **(Editura Polirom, 2002).**

Jeno Laszlo Vargha - lector la Catedra de Psihologie a Universităţii „Babeş-Bolyai" din Cluj, cu **multiple** specializări in psihoterapie şi terapie ericksoniană. A fost preşedinte (1998-1999) pentru ţiunea română a Societăţii de Psihodramă „J.L. Moreno" ; este persoană de contact a European Awociation for Hypno-Therapy şi membru al mai multor asociaţii de psihologie şi psihoterapie. Este autorul mai multor studii şi articole de specialitate, precum şi a cinci cursuri pentru studenţi. **Dintre ultimele lucrări publicate amintim:** ***Târsadalom a divanyon (Societatea pe canapea)*** (Editura Komp Press, Cluj, 1995).

Contribuţia autorilor:
Ion Dafinoiu - Capitolele I-VII
Jeno-Laszlo Vargha - Capitolele VIII-XIII

O 2003 by Editura POLIROM

www.polirom.ro

Editura POLIROM
lufi. B-dul Copou nr. 4, P.O. BOX 266, 6600
Bucureşti, B-dul I.C. Brătianu nr. 6, et. 7, ap. 33, O.P. 37; P.O. BOX 1-728, 70700

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României:

DAFINOIU, ION
Hipnoza clinică ; tehnici de inducţie, strategii terapeutice
Ion Dafinoiu, Jeno-Laszlo Vargha - Iaşi: Polirom, 2003
336 p.; 24 cm (Collegium. Psihologie)
Bibliogr.

ISBN: 973-681-089-5

I. Vargha, Jeno-Laszlo

159-962

Printed iu KOMANJA

Ion Dafinoiu Jeno-Laszlo Vargha

Hipnoza clinică

Tehnici de inducție. Strategii terapeutice

POLIROM
2003

Tabla de materii

Cuvânt înainte 9

Mulțumiri 11

CAPITOLUL I - Cadrul conceptual al hipnozei 13

1. Considerații istorice 13

2. Teorii modeme asupra hipnozei 17

2.1. *Hipnoză sau hipnoze ?* 17

2.2. *Hipnoza ca „stare modificată a conștiinței"* 18

2.3. *Hipnoza ca realitate psihologică construită* 19

2.4. *Rolul expectanțelor în construcția psihologică a hipnozei* 20

CAPITOLUL II - Sugestie și hipnoză 23

1. Perspectivă istorico-teoretică asupra sugestiei 23

2. Privire retrospectivă asupra cercetărilor în domeniul sugestiei 25

3. Cercetări recente în domeniul sugestiei-sugestibilității 27

3.1. *Aspecte teoretice și conceptuale ale sugestiei-sugestibilității* 27

3.2. *Sugestibilitatea - evaluare și diferențe individuale* 29

3.3. *Aspecte psihofizialogice ale sugestibilității* 32

3.4. *Perspectivă psihosocială asupra sugestiei-sugestibilității* 33

4. Observații finale **36**

CAPITOLUL III - Testarea sugestibilității/hipnotizabilității 39

1. Considerații generale 39

2. Testul mișcării brațului 40

3. Testul imposibilității ridicării brațului 41

4. Testul oscilației corpului 42

5. Pendulul lui Chevreul 44

6. Levitația brațului 45

7. Catalepsia pleoapelor 46

CAPITOLUL IV Caracteristicile **limbajului hipnotic** **49**

I. Stiluri adresative 49

t 1 *Sugestiile directe* 49

1.2. *Sugestiile indirecte* 52
1.3. *Ce tip de sugestii utilizăm ?* 54
2. Structura sugestiilor 55
2.1. *Sugestii pozitive* 55
2.2. *Sugestii negative* 56
2.3. *Sugestii referitoare la conținut* 57
2.4. *Sugestii referitoare la procese* 57
2.5. *Sugestii posthipnotice* 59
3. Elementele specifice limbajului ericksonian 60
3.1. *Vocea* 60
3.2. *Truismele* 61
3.3. *Implicația* 62
3.4. *Sugestiile deschise* 63
3.5. *Sugestiile care acoperă toate posibilitățile unei clase de răspuns* 64
3.6. *Sugestiile compuse* 64
3.7. *Sugestiile implicate* 65
3.8. *întrebări care focalizează atenția, sugerează și întăresc răspunsurile hipnotice* 66
3.9. *Presărarea* 67
3.10. *Jocurile de cuvinte* 67
3.11. *Limbajul negativ* 67
3.12. *Juxtapunerea elementelor opuse* 69
3.13. *Seriile aprobative* 69
3.14. *Lectura gândurilor* 70
3.15. *Nominalizările* 70
3.16. *Confuzia* 70
3.17. *Surpriza* 71

CAPITOLUL V - Inducerea transei hipnotice 73
1. Considerații generale 73
2. Tehnici tradiționale de inducție 74
2.1. *Tehnici de relaxare musculară progresivă* 74
2.2. *Tehnici de imagerie dirijată* 76
2.3. *Tehnici de fixare a unor stimuli externi* 78
2.4. *Tehnica levitației brațului* 81
2.5. *Tehnica numărării* 82
3. Tehnici de adâncire a transei 84
3.1. *Metafora coborârii scărilor sau a liftului care coboară* 84
3.2. *Catalepsia brațului - Scenariu Weitzenhoffer* 84
4. Inducții non-formalc. naturale, ale transei 85
4.1. *Caracterizau' y.fncmlă* 85

4.2. *Principii fi mijloace de inducţie ericksoniană* 88
4.3. *Tipuri de inducţie ericksoniană* 93
5. Ieşirea din transă 97

CAPITOLUL VI - Manifestările specifice hipnozei şi utilizarea lor clinică 99
1. Disocierea 99
2. Fenomenele ideodinamice 102
2.1. *Răspunsurile ideomotorii* 103
2.2. *Răspunsurile ideosenzoriale* 105
2.3. *Răspunsurile ideoafective* 105
3. Modificările mnezice 106
3.1. *Amnezia* 106
3.2. *Disociaţiile mnezice* 109
3.3. *Hipermnezia* 110
4. Distorsiunea timpului 110
5. Regresia şi progresia de vârstă 112
6. Halucinaţiile şi modificările senzoriale 118
7. Catalepsia 120

CAPITOLUL VII - Principii generale ale hipnoterapiei ericksoniene 123
1. Oamenii au resursele necesare rezolvării problemelor lor 123
2. Principiul utilizării 125
3. Fiecare individ este unic 129
4. Răspunsul interlocutorului este cel care ne informează despre sensul discursului său 129
5. Orice comportament răspunde unui obiectiv 130
6. Nu putem să nu influenţam 130
7. Nu există eşec, există feedback 131
8. Pacientul este expertul 131
9. Utilizarea resurselor inconştiente 132
10. Utilizarea abordărilor paradoxale 135

CAPITOLUL VUI - Practica hipnoterapiei clinice (ericksoniene) 139

CAPITOLUL IX - Structura unei intervenţii hipnoterapeutice 149
1. Inducerea transei 151
2. Aprofundarea transei 156
3. Tehnicile (intervenţile) hipnotcrapeuticc 157
3.1. Întărirea eului 158
3. 2 //I/W.»I,I/I .r 167

3.3. *Recadrarea* 178
3.4. *Intervențiile metaforice* 183
3.5. *Rezolvarea problemelor* 193
3.6. *Intervențiile specifice* 198
4. Revenirea din transă 201

CAPITOLUL X - Autohipnoza 205

CAPITOLUL XI - Aplicații clinice 211
1. Hipnoterapia tulburărilor/persoanelor anxioase 211
2. Hipnoterapia persoanelor depresive 223
3. Antrenamentul hipnotic al sistemului imunitar **(SI)** 250

CAPITOLUL XII - Formarea hipnoterapeuților **261**

CAPITOLUL XIII - Supervizarea activității hipnoterapeutice 265

ANEXE 271
Anexa 1 - *Inducerea rapidă a analgeziei hipnotice* 278
Anexa 2 - *Scala de imaginație creatoare Wilson-Barber* 282
Anexa 3 - *Metafora coridorului* 286
Trei cutii 289
Anexa 4 - *Scala colectivă de hipnotizabilitate Harvard* 292
Anexa 5 - *Inducția hipnotică bazată pe utilizarea și stimularea semnalizării ideomotorii* 299
Anexa 6 - *Călătoria la o stâncă* 303
Anexa 7 - *Povestirea* „Noroc? Ghinion? Cine știe? " 306
Anexa 8 - *Managementul dureriiprintr-o abordare strategică. HARP (Hypnotic Ability and Response Profile)* 308
Anexa 9 - *Model de chestionar pentru determinarea raționamentului clinic* 314

Bibliografie 317

Cuvânt înainte

Deşi plină de mister şi evocând resurse psihologice excepţionale, hipnoza face parte din viaţa noastră de zi cu zi. Fără capacitatea de a trăi transe hipnotice in timpul realizării unei activităţi, viata noastră ar arăta cu tom! altfel. Lectura, vizionarea unor spectacole, audierea muzicii - fără transa asociată lor, nu ar avea efectul benefic pe care ii cunoaştem cu cotii, asupra echilibrului nostru psihologic, asupra dezvoltării universului nostru interior... Vizionând un spectacol, uităm cum trece timpul, uităm unde ne aflăm... şi din spectatori devenim actori; punem între paranteze constrângerile realităţii exterioare şi principiile logice de raportare la aceasta şi ne lăsăm complet absorbiţi de „realitatea" spectacolului: ne întristăm sau ne bucurăm alături de eroii preferaţi, corpul nostru realizează involuntar mişcările asociate acestor trăiri... Suntem deja in transă!

Hipnoza clinică utilizează într-o manieră sistematică această disponibilitate, specific umană, pentru rezolvarea unor probleme sau tulburări diverse în faţa cărora abordarea logică rămâne neputincioasă.

Conştiinţa - instanţă psihică cu o structură logico-verbală - are o capacitate foarte limitată de prelucrare simultană a informaţiilor - doar 7 ± 2 elemente informaţionale. De aceea este absurd să presupunem că mintea conştientă este singură responsabilă de procesul adaptării persoanei la mediu. Aliatul cel mai preţios al ci este inconştientul capabil să prelucreze simultan foarte multe informaţii şi considerat de majoritatea hipnoterapeuţilor un adevărat rezervor de resurse.

Hipnoza ne eliberează de stereotipurile logice care ne limitează căutarea soluţiilor şi răspunsurilor, ne face mai flexibili, mai creativi şi facilitează accesul la această Înţelepciune profundă, inconştientă, deseori imposibil de verbalizat. Psihologii vorbesc despre „memorie implicită", „învăţare implicită", sintagme care se referă la acumularea inconştientă de informaţii şi de modele comportamentale şi care susţin afirmaţia aparent paradoxală pe care M. Erickson o repeta frecvent pacienţilor săi în timpul transei: „Sunt lucruri pe care le ştiţi, dar nu ştiţi că le ştiţi; când veţi şti ceea ce nu ştiţi că ştiţi, vă veţi schimba! ".

De câte ori nu ni s-a întâmplat ca, angajându-ne în rezolvarea unor probleme, să avem senzaţia că nimic nu ne reuşeşte, că suntem parcă blocaţi şi, în cele din urmă, să renunţăm să mai căutăm soluţia! După un timp - ore, zile, uneori doar o noapte („Noaptea este sfetnic bun! ") - soluţia problemei ne apare în minte spontan atât de clară încât ne şi mirăm cum de nu am văzut-o până atunci! Iată, deşi căutarea conştientă a soluţiei încetase, căutarea ei inconştientă a continuat. Transa hipnotică angajează pacientul într-o căutare inconştientă, creativă, a *propriilor* soluţii, a răspunsurilor unice la Întrebările lui unice.

Este posibil ca lectura acestei cărţi să ducă la reacţii oarecum contradictorii: descifrarea mecanismelor intime ale transei hipnotice ar putea să golească într-atât hipnoza de misterul care i se atribuie în mod obişnuit, încât unii ar putea să se întrebe dacă ceea ce prezentăm noi este hjpnoză sau nu; alţii ar putea considera că utilizând singuri unele dintre tehnicile prezentate, ar fi capabili să inducă uşor o transă hipnotică oricui.

Spunem deseori studenţilor şi cursanţilor noştri că există o marc asemănare între mersul pe bicicletă şi hipnoterapie. Nici una nu se poate învăţa numai din cărţi. Nu există gesturi sau cuvinte magice care o dată rostite, să inducă o transă. în inducţia transei şt în utilizarea ei terapeutică

contează îndeosebi calitatea relației dintre terapeut și pacient. Deseori mai important nu este ceea ce spui, ci cum anume spui ceea ce spui! Terapeutul comunică cu întregul său corp și se adresează în egală măsură minții conștiente și celei inconștiente a pacientului său. Toate acestea se învață în cadrul unui proces complex de formare profesională, sub o supervizare competentă.

Pentru a veni în ajutorul specialiștilor care se pregătesc în domeniul hipnoterapiei, autorii intenționează ca ediția viitoare a acestei cărți să fie însoțită de un CD cu demonstrații audio-video.

Ion Dafinoiu, Jeno-Laszlo) Vargha

Mulțumiri

Ion Dafinoiu: mulțumesc îndeosebi profesorului Vladimir Gheorghiu care a avut o influență hotărâtoare în formarea mea ca psihotcrapeut. Mulțumesc soției mele, Liuba - fără încurajările și ajutorul ci, această carte nu ar fi ajuns în mâinile cititorilor. Recunoștința mea se îndreaptă și spre studenții și pacienții mei, fără provocarea cărora nu aș fi intrat în „transa" necesară scrierii acestei cărți.

Jeno-Laszlo Vargha: datorez în primul rând doctorului Ion Bâlcea inițierea în hipnoterapic, la formarea mea ulterioară contribuind și seminariile conduse de Peter J. Hawkins, Marlene Hunter, Vladimir Gheorghiu și Eva Bányai. Viziunea mea asupra psihoterapiei a fost întregită de formarea in psihodramă, sub conducerea d-nei Hilde Gdtt. Tuturor acestora, precum și colaboratoarelor mele Adina Bortă, Măria Orbân, Elena Raicu, Eniko" Skolka și Erika Suta, *le* adresez cele mai calde mulțumiri. Scrierea acestei cărți a fost posibilă și datorită sprijinului oferit de programul TEMPUS-JEP-2821 al Comunității Europene. Port o profundă recunoștință clienților și studenților mei care au fost și continuă să fie o sursă permanentă de inspirație. Mulțumesc familiei pentru înțelegere și sprijin.

CAPITOLUL I

Cadrul conceptual al hipnozei

1. Considerații istorice

Puțini dintre cititorii acestei cărți sunt complet străini de comportamentele la care se referă termenul de hipnoză. Deși acest termen a fost pus în circulație doar de aproximativ 150 ani, el are o foarte largă răspândire.

Analiza atentă a culturilor antice evidențiază faptul că tehnici pe care astăzi le-am numi folosind termeni precum „hipnoză", „sugestie", au fost utilizate din cele mai îndepărtate timpuri atât în scopuri magico-religioase, cât si curative. De altfel, este important să subliniem că studiul științific al hipnozei își are originea în încercarea unor „vindecători" (nu totdeauna medici) de a trata și vindeca unele boli. Apariția și dezvoltarea unor teorii științifice privind hipnoza s-a făcut pe fundalul unui ansamblu de credințe și reprezentări, de multe ori promovate de mass-media, de literatura beletristică și cinematografie, ori de diverse practici magice. Putem vorbi, astfel, atât de abordarea științifică a hipnozei cât și de „mitul hipnozei". între aceste două modalități de cunoaștere și abordare a hipnozei a existat totdeauna o strânsă interacțiune; pe de o parte, foarte mulți dintre primii teoreticieni ai hipnozei valorificau afirmații relativ credibile ale „mitului" hipnozei, pe de altă parte, unele abordări pretins științifice au creat ele însele un corpus de „credințe pozitive" despre hipnoză, care vizează în special proprietățile transcendente ale acestui fenomen. Astfel, o parte a concepției populare despre hipnoză este aceea că ea face indivizii capabili să-și depășească posibilitățile, capacitățile lor normale. Unele din primele afirmații au fost foarte exagerate; de exemplu, se credea că subiecții hipnotizați ar putea vedea cu partea posterioară a capului organele interne și ar putea comunica cu cei morți (Spanos, 1982). S-a spus, de asemenea, că hipnoza ar putea face subiecții hipnotizați să retrăiască vieți trecute. Astfel de afirmații exagerate nu sunt luate în serios de cercetarea academică. Apar însă și unele afirmații mai puțin exagerate. De exemplu, s-a vehiculat ideea că hipnoza poate fi utilă în domeniul judiciar pentru a ajuta victimele sau martorii să-și amintească detaliile crimelor; totuși, dovezile experimentale sugerează că hipnoza nu facilitează memoria mai mult decât alte proceduri care încurajează reamintirea vie a detaliilor. Se poate, chiar, ca hipnoza să încurajeze martorul să camufleze sau să fabrice detalii.

Legată de secole de diverse practici curative, hipnoza a generat, mai mult decât alte fenomene psihice sau medicale, o serie de credințe, mituri, speranțe, devenind în multe cazuri „ultima salvare". Și este de înțeles acest fapt, dacă avem în vedere că, în situații deosebit de grave, „adevărul" științific oferă doar certitudini seci, inflexibile, cu care

bolnavul, în cazul în care-i sunt potrivnice, nu are ce face; misterul, doar el, poate fundamenta speranţe, poate genera credinţe. Din această perspectivă, hipnoza, ca realitate psihologică interpersonală, modifică speranţele şi credinţele pacienţilor, vehiculate de „mitul" ce o însoţeşte, şi mobilizează resurse şi mecanisme, nu toate pe deplin cunoscute, cu efect sanogenetic.

Primii practicieni ai hipnozei au identificat mecanismele acesteia cu o forţă sau un fluid invizibil, prin analogie cu noţiunea eterului ca substanţă fizică invizibilă - element indispensabil mecanicii newtoniene. Reprezentativă pentru această orientare este doctrina *„magnetismului animal"* a medicului vienez Franz Anton Mesmer.

După ce s-a stabilit la Paris, acesta a publicat în 1779 o lucrare în care anunţa descoperirea unui principiu capabil să vindece toate bolile. Acest principiu a fost descris cu ajutorul a 27 de afirmaţii dintre care menţionăm câteva:

1. Există o influenţă sensibilă între corpurile cereşti, pământ şi corpurile vii.
2. Modalitatea prin care se realizează această influenţă este un fluid difuzat universal, atât de continuu încât nu admite nici un vacuum, deosebit de subtil şi, în mod natural, susceptibil de a recepta, propaga şi comunica toate tulburările motorii.
7. Proprietăţile substanţelor materiale şi organice depind de acţiunea acestui fluid.
9. Aceste proprietăţi se manifestă într-o manieră similară celor ale magnetului, în mod deosebit în corpul uman, unde se pot distinge poli diferiţi şi opuşi, proprietăţi care pot fi transmise, schimbate, distruse şi întărite...
10. Această proprietate a corpului uman care îl face sensibil la influenţa corpurilor cereşti şi Ia acţiunea reciprocă a celor care îl înconjoară manifestă o analogie cu magnetul, şi acest fapt m-a făcut să adopt termenul de „magnetism animal".
11. Acţiunea şi însuşirile „magnetismului animal", astfel caracterizat, pot fi transmise şi altor corpuri vii sau nevii. Aceste două categorii de corpuri variază totuşi în ceea ce priveşte sensibilitatea lor.
23. Aceste fapte demonstrează, în acord cu regulile practice pe care le-am stabilit, că acest principiu poate vindeca bolile nervoase în mod direct şi alte boli indirect.

Cu ajutorul lui, medicul este îndrumat cum să utilizeze medicina şi să facă acţiunea lui mai eficientă, si el poate provoca şi direcţiona crize salutare pe care le poate controla complet *(cf.* Sarbin şi Coe, 1972, pp. 24-25).

Tratamentul „magnetic" consta în stabilirea unei relaţii cu bolnavul, într-un context în care anumite aşteptări şi credinţe erau cu grijă stimulate şi întreţinute. „Pasele magnetice" aveau un rol deosebit în relaţia medic-bolnav de tip mesmerian, însă el organizaşi şedinţe colective, utilizând celebrul său „hârdău magnetizat" ori „magnetiza" bolnavii cu ajutorul unei baghete metalice. Controversele referitoare la validitatea ştiinţifică a terapiei mesmeriene au culminat cu analiza acesteia de către comisia regală numită de Ludovic a] XVT-lea (1784), din care făceau parte, între alţii, Benjamin Franklin, chimistul Lavoisier, astronomul Bailly. Comisia a infirmat existenţa „magnetismului animal" şi a evidenţiat intervenţia unor mecanisme şi procese psihologice, precum imaginaţia şi imitaţia, in provocarea fenomenelor descrise de Mesmer.

Deşi teoria iui Mesmer a fost infirmată, mulţi bolnavi continuau să se vindece practicând metodele propuse de acesta, fapt care demonstra că fenomenul există, deşi explicaţiile furnizate nu erau în acord cu exigenţele ştiinţei.

După ce în 1841 a asistat la o demonstrație de mesmerism, James Braid, un chirurg englez, și-a propus să descopere cauzele fiziologice ale acestui fenomen. Deși Braid și-a focalizat cercetările asupra aspectelor fiziologice, concepția sa cu privire la condițiile care provoacă apariția hipnozei a fost în bună măsură psihologică. El a privit inducția hipnozei ca datorându-se epuizării substanței nervoase consecutive fixării prelungite a atenției asupra unui obiect sau eveniment. Braid s-a interesat de componentele fiziologice ale atenției, dar a ignorat condițiile antecedente care au condus la fixarea atenției. In ciuda acestui fapt, el a sesizat, încă de la începutul cercetărilor sale, nu numai importanța deosebită a atenției, ci și a imaginației și așteptărilor. Braid a fost printre primii care a recunoscut că hipnotizabilitatea este o trăsătură a subiectului și nu a hipnotizatorului.

Continuându-și cercetările, Braid a propus ulterior (1847) o a două teorie care minimizează aspectele fiziologice și insistă asupra condițiilor psihologice. Această nouă teorie explică toate fenomenele hipnotice ca fiind efectul „concentrării mentale" sau „monoideismului". Ideea dominantă - spune Braid - influențează funcțiile corporale și produce efectele fiziologice studiate până atunci. Monoideismul care provoacă transa hipnotică poate fi întâlnit - afirmă chirurgul englez - și în cazul transelor prelungite ale fachirilor indieni, în mișcările involuntare ale mușchilor implicați în mișcarea mesei, în efectele determinate de utilizarea magneților etc. In această a doua teorie, Braid afirmă clar că transa este o stare subiectivă indusă fie de ideile dominante sugerate de operator, fie de ideile dominante care au fost înainte dominante și care au fost activate de sugestiile terapeutului. Deși Braid a văzut în sistemul nervos o structură mediatoare importantă, plasarea hipnozei pe terenul psihologiei a fost o realizare deosebită.

Tot lui Braid îi datorăm și termenul de hipnoză. El a preluat metafora somnului, utilizată de A, Bertrand (1823) pentru descrierea stării hipnotice și a propus termenul grecesc de somn - *hypnos* - pentru a desemna ceea ce de atunci se numește *hipnoză.*

Spre sfârșitul secolului al XlX-lea capătă amploare, îndeosebi prin lucrările lui Charcot, explicațiile neurologice date hipnozei. Inițial, teoriile neurologice au avut la bază, cel puțin parțial, lucrările comparative asupra comportamentului animal și uman. Astfel, observațiile lui Preyer și Czemark asupra catalepsiei la animale au condus la ideea că aceasta ar fi analoagă hipnozei umane.

J.M. Charcot, șeful faimosului spital de psihiatrie de la Salpetriere din Paris, era interesat de funcționarea sistemului nervos, în special de aspectele patologice ale acestei funcționări. începându-și studiile asupra hipnozei (1878), el a abordat subiecții hipnotizați cu aceeași metodologie utilizată la pacienții săi cu boli neurologice. De-a lungul unei perioade de peste zece ani, când s-a interesat de hipnoză, toți subiecții studiați au fost femei cu diagnosticul de isterie. în acest fel, fără să-și dea seama, el a impus, din capul locului, limite cercetărilor sale, studiind hipnoza ca manifestare a unei anume patologii.

Studiind pacientele sale isterice, Charcot a ajuns la concluzia că anumiți stimuli fizici pot produce anumite reacții etichetate de el „stadii ale hipnozei". Acești stimuli fizici au fost tratați ca fiind similari celor utilizați în examinarea neurologică standard (de pildă, stimularea unui tendon). Fenomenele psihologice care apăreau, și care nu totdeauna erau notate, fiind considerate neimportante, erau etichetate ca manifestări neuropatologice. Cele trei stadii ale hipnozei descrise de Charcot sunt: starea cataleptică. starea letargică și starea somnambulismului artificial.

Mulți dintre contemporanii lui Charcot vedeau în concepția acestuia o reîntoarcere la teoriile și practicile mesmeriste și magnetice, deoarece acesta credea în eficiența unor

stimuli fizici în producerea convulsiilor pacientului. Pentru Charcot, sugestia întâlnită în viafa de zi cu zi era un proces fiziologic norma), în timp ce hipnoza era considerată un fenomen patologic, o isterie produsa artificial și privită ca o formă definitivă de neuropatologie.

în opoziție cu ideile școlii de la Salpetriere, s-a dezvoltat o altă concepție asupra hipnozei în cadrul școlii de la Nancy, al cărei reprezentant de seamă a fost Bernheim. Două idei importante circumscriu concepția generală a lui Bernheim: continuitatea hipnozei cu comportamentul cotidian și natura psihologică a hipnozei. Actele hipnotice, sublinia acesta, sunt analoage, dacă nu identice, cu actele realizate în viaja de zi cu zi care au un caracter automat, involuntar și inconștient. Hipnoza este, spunea Bernheim, „o stare psihologică pe care o poate realiza aproape oricine și în care sugestibilitatea era crescută". Condiția psihologică era cea a concentrării atenției asupra unei singure idei, idee care putea conduce la acțiune. Ipoteza acțiunii ideomotorii a fost piatra unghiulară a teoriei Iui Bernheim. Acesta argumenta că în viața de zi cu zi fiecare dintre noi trăim tot felul de erori de percepție, halucinații și iluzii. Aceste erori, dacă nu sunt controlate logic, conduc la acțiuni motorii, la comportamente. De pildă, un soldat aflat în gardă poate avea impresia că aude un zgomot într-un tufiș din fața lui și, urmare a acestei iluzii. să tragă câteva focuri de armă în direcția respectivă. Asemenea comportamente pot uneori să-și aibă originea în idei produse de impresii senzoriale, alteori în idei produse de alții cu ajutorul gesturilor și limbajului. Totuși, în stare de veghe obișnuită, nu orice idee activează comportamentele corespunzătoare, deoarece intervin anumite cenzuri logice care evaluează consecințele comportamentelor sugerate. în hipnoză se petrece un proces similar, cu deosebirea că în timpul hipnozei sugestibilitatea fiind mai crescută, probabilitatea ca o idee sugerată să provoace un comportament corespunzător este mai mare. Condiția acestei sugestibilită(i crescute este sugestia însăși.

Școala de la Nancy poate fi creditată cu consacrarea noțiunii de sugestie, asimilată mai târziu de sociologi, psihanaliști și psihosociologi care au convertit-o în concepte precum imitație, identificare și asumare de rol. Freud însuși, colaborator al lui Bernheim, care a abandonat hipnoza în favoarea propriei metode, apropie sugestia de ceea ce el a conceptualizat sub numele de transfer.

Totuși, adepții școlii de la Nancy nu au reușit să explice de ce unele sugestii nu produc o idee capabilă să activeze un comportament specific sau de ce unele sugestii activează comportamente contrare intenției implicite vehiculate de acestea. O altă contribuție a fost evidențierea naturii subiective a transei hipnotice (în conformitate cu ideile lui Braid), recunoașterea faptului că, în cadrul interacțiunii induclor-indus, acesta din urmă este cel mat important factor.

Asociaționismul, dominant în gândirea psihologică de la cumpăna secolelor XIX-XX, s-a manifestat și în domeniul hipnozei. Reprezentativă este lucrarea lui Wundt (1882) *Hipnotism și sugestie,* în care autorul, după ce acceptă drept cauză psihologică primară a hipnozei sugestia, o definește pe aceasta din urmă ca fiind un proces asociativ, însoțit de o restrângere a câmpului de conștiință. Sugestia de somn - spune Wundt - activează în subiect asociații cu starea de somn, cu senzațiile specifice acestei stări: senzații de relaxare a membrelor, închiderea ochilor, abandonarea ideilor etc... Totuși, el nu a identificat elementele ce produc restrângerea sau focalizarea atenției asupra unui singur set de idei și nu a luat suficient în considerație natura interpersonală a hipnozei.

Experimentul, ca metodă irefutabilă a psihologiei ştiinţifice, a fost utilizat în domeniul hipnozei de către C. Huli *(Hipnoză şi sugestibilitate,* 1933). Aspectul principal al cercetărilor lui Huli şi ale colaboratorilor săi a fost utilizarea subiecţilor şi condiţiilor de control. Subiecţii nehipnotizaţi ai grupului de control au fost expuşi Ia aceeaşi categorie de stimuli sau condiţii experimentale ca şi subiecţii hipnotizaţi. Diferenţele obţinute între subiecţii acestor situaţii experimentale au fost considerate relevanta pentru natura fenomenului hipnotic. Dintre concluziile Iui Huli, majoritatea valabile şi astăzi, amintim: somnul şi transa hipnotică nu au nici o legătură între ele, iar amintirile recente sunt actualizate la fel in starea de hipnoză ca şi în starea normală; tot ceea ce poate Fi obţinut în hipnoză poate fi obţinut şi prin sugestie nonhipnotică, deşi într-o formă atenuată. Indepărtându-se de modelul clasic stimul-răspuns, dominant în laboratoarele de fiziologie şi psihologie, Huli a privit hipnoza ca efect al unei sugestii de prestigiu, subliniind implicit elementul social, interpersonal al situaţiei hipnotice. El a evidenţiat rolul învăţării în modelarea hipnotizabilităţii şi a considerat incorectă apropierea hipnozei de imobilitatea tonică a animalelor, numită şi „hipnoză animală". Teoria lui Huli are totuşi limitele generale ale teoriei behavioriste, întrucât nu valorifică autorapoartele subiecţilor bazate pe introspecţie.

2. Teorii moderne asupra hipnozei

2.1. Hipnoză sau hipnoze?

După cum remarca Weitzenhoffer, „de-a lungul celor 150 ani de când se vorbeşte de hipnotism, cercetătorii au desemnat prin cuvântul hipnoză mai multe stări de spirit care aveau anumite puncte în comun, dar care erau totuşi diferite. Trebuie să gândim deci hipnoza la plural mai degrabă decât la singular" *(cf.* Godin, 1992, p. 131).

Literatura din acest domeniu, ca şi varietatea de tehnici utilizate, conduc la ideca că actualmente coexistă mai multe „hipnoze", fiecare având dimensiuni terapeutice interesante. Ele comportă teorii, practici şi, desigur, efecte diferite. Acest fapt poate fi uşor evidenţiat făcând o scurtă trecere în revistă a câtorva definiţii. Astfel, hipnoza este *„o stare pasageră de atenţie modificată" (British Medical Association,* 1955), *„stare artificială particulară a omului, produsă prin sugestie" (Enciclopedia medicală a U.R.S.S.,* 1982) ori *„stare modificată a conştiinţei"* (Chertok, 1979). Acest tip de stare este caracterizată prin distorsiuni mnezice şi senzoriale, creşterea sensibilităţii la sugestie, catalepsie, anestezie etc.

In momentul în care s-a descoperit că toate fenomenele „specifice" hipnozei pot apărea şi în alte diverse situaţii, o seric de autori au afirmat că hipnoza nu există. „Ceea ce există - spun Laurence şi Perry, 1988 - este interacţiunea dintre un context dat şi aptitudinea subiectului de a răspunde la acest context." *(cf.* Godin, 1992, p. 82) Alţi autori (Haley, Erickson, De Shazer etc.) consideră că hipnoza este termenul utilizat pentru a descrie un anume tip de relaţie dintre terapeut şi pacient, relaţie caracterizată printr-o bună „focalizare a atenţiei" (De Shazer, 1985, p. 12). Privită astfel, cu greu un observator naiv ar putea deosebi tehnicile de inducţie, de cele mai multe ori indirecte, paradoxale, utilizând povestirea ori metafora, de alte tehnici de psihoterapie şi nici nu ar putea spune când a început inducerea „transei" hipnotice. Acest tip de hipnoză - numit

de Araoz şi Godin „noua hipnoză" - se aseamănă foarte mult cu demersul terapeutic sistemic-interacţional promovat de şcoala de la Palo Alto: „Dacă se face abstracţie de cuvântul hipnoză, este evident că acest demers nu este fundamental diferit de cel pe care îl preconizăm noi" (Watzlawick, 1992, p. 9).

Varietatea acestor demersuri teoretice face dificilă orice încercare de sistematizare. Orice clasificare şi etichetare sunt discutabile. La Congresul de la Munchen (al II-lea Congres de hipnoză şi psihoterapie ericksonianâ, octombrie 1995), o masă rotundă a pus faţă în faţă pe unul dintre cei mai reprezentativi teoreticieni ai hipnozei tradiţionale - A. Weitzenhoffer, şi pe J. Zeig - preşedintele Fundaţiei ,.M. Erickson" din S.U.A., promotorul „noii hipnoze". Concluzia la care s-a ajuns a fost aceea că nu se pot aplica etichete, că hipnoza tradiţională nu intră în dezacord cu principiile ştiinţifice promovate de „noua hipnoză" şi că hipnoterapia eficientă trebuie să integreze clementele valoroase indiferent de etichetele ce le însoţesc.

Propunem totuşi cititorului o recentă sistematizare a acestor teorii ce deosebeşte două orientări principale cu privire la fenomenul hipnozei: punctul de vedere „tradiţional" asupra hipnozei ca *„stare modificată a conştiinţei" (state-tlieory)* şi abordarea hipnozei ca *stare psihologică construită (non-slatc tlieory),*

2.2. Hipnoza ca „stare modificată a conştiinţei"

Dintre teoreticienii ale căror idei pot fi circumscrise acestui cadru de referinţă putem cita pe Chertok (1981), Erickson (Rossi, 1980), llilgard (1965) şi Spicgel & Spiegel (1978).

Starea modificată a conştiinţei are o definiţie relativ simplă şi vagă. Ea se exprimă printr-o anume „deviaţie a experienţei subiective sau a funcţionării psihologice în raport cu anumite norme generale" notează Weitzenlioffcr citându-f pe A. Ludwig. Chertok se referă la acest concept dintr-o perspectivă mai clară : „Stările modificate ale conştiinţei pot fi diferite în unele din mecanismele lor, dar ni se pare că ele au în comun raptul că un subiect aflat în una din aceste stări îşi pierde totdeauna mai mult sau mai puţin identitatea în timpul transei". Pentru Weitzenhoffer, stările de transă sunt o subgrupă a stărilor modificate ale conştiinţei.

Acest model afirmă, în general, că starea de „veghe" obişnuită este transformată într-o transă hipnotică, cu caracteristici deosebite, prin utilizarea unor procedee de inducţie, precum procedeul fixării ori prin sugestii verbale de somn şi relaxare, deşi nu este total exclusă şi apariţia ei spontană. Starea de transă permite manifestarea unor comportamente şi fenomene psihice cu atât mai probabile cu cât hipnoza este mai profundă, între care s-ar putea menţiona : regres ia, amnezia, modificări ideomotorii sau ideosenzoriale (de exemplu : catalepsia, levitaţia, analgezia) şi halucinaţiile. Cercetările ştiinţifice efectuate utilizează, în scopul măsurării sensibilităţii hipnotice şi a profunzimii hipnozei, scări standardizate între care, printre cele mai utilizate, sunt Scala de sensibilitate hipnotică Stanford, formele A şi B şi Scala de grup pentru sensibilitate hipnotică Harvard. Aceste scări încep, de obicei, cu un rilual de inducţie însoţit de sugestii variate precum coborârea braţului, amnezic şi, uneori, halucinaţii'.

Cele mai influente teorii din această categorie afirmă că hipnoza este o stare modificată a conştiinţei care conduce subiecţii la actualizarea unor capacităţi „disociative"

I. în Anexa 4 prezentăm o formă prescurtată şi comentată a Scării de liipnotizabilitaie Harvard.

care există în ei. Ilustrativă în acest sens este teoria „neo-disocierii" a lui Hilgard (Hilgard, 1986, 1991). Bazându-şi ideile pe cele ale primilor disociaţionişli precum Prince şi Janet, Hilgard argumentează că există sisteme multiple de control care nu sunt toate conştiente în acelaşi timp. în mod normal aceste sisteme cognitive de control sunt în subordinea unui „ego executiv", structură centrală de control. Când subiectul intră în hipnoză, o serie de controale şi monitorizări normale sunt înlăturate, încât, răspunzând ta sugestie, mişcările motorii sunt trăite ca involuntare, memoria şi percepţia sunt distorsionate. Pentru a-şi demonstra acest principiu, Hilgard se referă frecvent la fenomenul „observatorului ascuns", o metaforă deseori utilizată în timpul inducţiei pentru a denumi partea inconştientă a psihismului disociată de cea conştientă. Hilgard şi colaboratorii afirmă că, utilizând această tehnică cu subiecţii hipnotizaţi, ei pot avea acces la alte sisteme de control pe care altfel subiectul nu Ic conştientizează.

Poziţia lui Erickson este mai nuanţată sau insuficient de clară, fapt ce confirmă, încă o dată, caracterul reducţionist al acestei clasificări. Pentru Rossi, concepţia lui Erickson ar putea fi circumscrisă, indiscutabil, concepţiei care priveşte hipnoza ca „stare modificată a conştiinţei". Totuşi, exemplele întâlnite în lucrările lui Erickson fac referire la definiţia unei stări ce ar putea fi calificată *ca funcţională* (Godin, 1992, p. 108). Iată, de pildă, o analogie a *stării* de hipnoză propusă de Erickson: „Când citiţi o carte şi soţia dumneavoastră vă vorbeşte, vi se întâmplă să nu-i răspundeţi imediat. Zece minute după aceea, spuneţi: Mi-ai vorbit?" (Erickson & Rossi, 1981).

Totuşi, unii din adepţii hipnozei ericksoniene caracterizează transa hipnotica utilizând un limbaj asemănător cu cel utilizat de Hilgard. Astfel, transa „permite depăşirea mecanismelor de apărare conştiente, obişnuite, şi accesul la resurse inconştiente. Comunicarea este stimulată şi subiectul este capabil să audă şi să înţeleagă la nivele multiple" (Erickson). în scopul realizării unei inducţii eficiente, Lankton & Lankton propun formule verbale care au ca scop stimularea capacităţii disociative: *„mintea ta conştientă ascultă şi aude cuvintele mele... în timp ce mintea ta inconştientă face cu totul altceva", „mintea ta conştientă se poate îndoi că... dar mintea ta inconştientă îşi dezvoltă propriul curs al gândirii"* etc.

Conceptul disocierii este deosebit de util pentru teoriile care privesc hipnoza ca „stare", întrucât introduc cadrul de referinţă al inconştientului care, pe de o parte absolvă persoana hipnotizată de responsabilitatea unor reacţii (de exemplu efectele sugestiei sunt trăite ca întâmplându-se involuntar) şi, pe de altă parte, explică caracterul unic, neobişnuit, al trăirilor hipnotice şi faptul ca performanţa hipnotică transcende performanţa din starea de veghe (de exemplu: analgczia, halucinaţiile etc).

2.3. Hipnoza ca realitate psihologică construită

Scepticismul privind noţiunea hipnozei ca stare modificată a conştiinţei s-a dezvoltat după 1960 (Barber, 1969, Sarbin & Coe, 1972, Spanos, 1991 etc). Deşi cu unele diferenţe, aceşti teoreticieni argumentează că fenomenele hipnotice sunt mai degrabă explicabile în termenii unor concepte psihologice inai obişnuite, în special din aria psihologiei cognitive şi sociale, precum cele de atitudine, expectanţă, credinţă, supunere, imaginaţie, atenţie, concentrare, distragere şi relaxare[2]. Pentru majoritatea autorilor ce

2. în Anexa 2 prezentăm Scara de hipnotizat» litatc Wilson Barber care ilustrează bine rolul imaginaţiei în trăirea unor fenomene hipnotice.

aparţin acestei orientări, situaţia hipnotică este mai bine explicată ca interacţiune socială in care atât hipnotizatorul cât şi subiectul îşi asumă anumite roluri, rolul subiectului fiind acela de a se prezenta pe sine însuşi ca „hipnotizat", conform cu aşteptările anterioare si cu indicatorii disponibili în situaţia în care se află. Aceasta /iu înseamnă că manifestările hipnotice sunt neautentice şi simulate (deşi uneori pot fi). Subiectul poate deveni foarte implicat în rol şi poate utiliza o serie de strategii pentru a ajunge la comportamentele dorite (de exemplu : imaginaţia, focalizarea atenţiei etc.).

Teoreticienii punctului de vedere că hipnoza nu este o stare alterată a conştiinţei pun la îndoială afirmaţia conform căreia comportamentul hipnotic este automat. De exemplu, Spanos (1968) argumentează că, din cauză că aspectul involuntar este implicat, vehiculat de sugestie, subiecţii pot încerca să redefinească activ ceea ce este de fapt comportament voluntar, ca involuntar. Această orientare teoretică respinge ideea că manifestările comportamentale hipnotice pot transcende performanţele comportamentale non-hipnotice, normale.

Supunerea, conformarea, simularea sunt comportamente recunoscute de toţi cercetătorii. însă pentru adepţii „non-stării" hipnotice conformarea nu este chiar un neajuns în cercetarea hipnozei, ea putând fi parte integrantă a comportamentului hipnotic.

Ideile menţionate îi conduc pe unii teoreticieni ai acestei orientări să afirme că hipnoza nu există. La această provocare nu există totuşi un răspuns simplu; majoritatea teoreticienilor „non-stării" hipnotice continuă să utilizeze cuvintele de „hipnoză" sau „hipnotic" în mod operaţional pentru a se referi la orice context definit de participanţi cu ajutorul termenului de „hipnoză".

„Dorim să păstrăm acest concept: noi nu explicăm hipnoza prin procese speciale, care să merite un nume special; noi spunem că hipnoza este fructul anumitor atitudini pentru care anumite concepte, şi în primul rând cel de hipnoză, au valoarea de suport... Hipnoza reprezintă cultura anumitor fenomene psihologice." (Godin, 1992, p. 131) Din această perspectivă a „non-stării" hipnotice, „hipnoza" există, dar ca etichetă pentru un context, mai degrabă, decât ca stare alterată a conştiinţei.

2.4. Rolul cxpectanţclor în construcţia psihologică a hipnozei

Dacă acceptăm punctele de vedere prezentate anterior, hipnoza nu este altceva decât cadrul de referinţă ce permite realizarea unor atitudini, aşteptări, credinţe şi, prin aceasta, hipnoza tradiţională se deosebeşte de noua hipnoză, ele având premise diferite. Desigur, practicienii ştiu, doar prin simpla utilizare a cuvântului hipnoză s-ar putea mobiliza aşteptări pozitive, dar şi rezistenţe.

Utilizarea judicioasă a aşteptărilor este, deseori, suficientă pentru a induce hipnoza. Cu ocazia unei demonstraţii, Erickson cere unui subiect rezistent să binevoiască să urce pe estradă. Deşi el nu a făcut nimic, subiectul a intrat în hipnoză pentru că, spune Erickson „noi suntem doi pe scenă şi ar trebui ca unul dintre noi să facă ceva" *(cf.* Godin, 1922, p. 38).

De altfel, indiferent de orientarea teoretică căreia îi aparţine hipnoterapeutul, de cele mai multe ori el urmăreşte să formeze subiectului credinţa că terapeutul face de fiecare dată predicţti ce se împlinesc. Astfel, anticipând iniţial efecte şi comportamente ce sunt expresia unor fenomene fiziologice determinate de utilizarea tehnicii de inducţie (de exemplu, fixarea determină oboseală oculară, dilatarea pupilei etc, trăite subiectiv ca

senza(ie de greutate a pleoapelor, vedere difuză etc.), terapeutul obţine din partea pacientului acordul necesar ce va favoriza conformarea la următoarele predicţii, aşteptări specifice „transei" hipnotice. în plus, atitudinea de aşteptare a operatorului se înscrie într-un limbaj nonverbal care contribuie la uşurinţa cu care el induce hipnoza.

Cercetări în domeniu consemnează existenţa unor abordări sistematice ale rolului expectanţelor în hipnoză. Dintre acestea menţionăm câteva.

Deşi majoritatea autorilor consideră că expectanţele subiecţilor au un anume rol în determinarea sensibilităţii lor hipnotice, nu s-a ajuns la un acord unanim privind intensitatea corelaţiei lor cu hipnotizabilitatea. Astfel, în timp ce Melei/ Hilgard (1964), Dermen şi London (1965) au găsit corelaţii pozitive slabe între expectanţele subiecţilor privind hipnotizabilitatea lor şi scorurile la o scală de sensibilitate hipnotică, Barber şi Calverley (1966,1969), Gregory şi Diamond (1973) etc*. au obţinut corelaţii semnificative variind între 0,33 şi 0,62 *(cf.* Barber, Spanos, Chaves, 1974). Această situaţie ar putea fi explicată prin faptul că, în majoritatea situaţiilor experimentale, subiecţii aveau reprezentări diferite despre hipnoză, încât, din punct de vedere psihologic, nu au manipulat toţi aceeaşi variabilă.

întrucât comportamentele specifice transei hipnotice sunt percepute ca producându-se în mod automat, involuntar, expectanţele producerii lor pot fi incluse în categoria, numită de Kirsch, a expectanţelor de răspuns *(response expectancies).* Expectanţele de răspuns referitoare la comportamentul hipnotic pot fi influenţate de trei categorii de factori (Kirsch):

- percepţia *situaţiei* ca fiind mai mult sau mai puţin potrivită apariţiei răspunsurilor hipnotice;
- percepţia *răspunsului* ca fiind potrivit rolului de subiect hipnotizat;
- ideea pe care şi-o face subiectul despre *hipnotizflbilitatea* sa.

Structura acestui studiu nu ne permite analiza detaliată a acestor factori. Reţinem totuşi că, referitor la situaţia hipnotică, cu cât contextul şj procedurile de inducere utilizate sunt mai credibile, cu atât expectanţele subiecţilor de a fi hipnotizaţi sunt mai intense. Cu privire la această problemă, Sheehan şi Perry (1976) notau că „nu condiţiile procedurale în sine sunt importante, ci faptul că subiectul se percepe sau nu pe el ca parte a contextului care este «potrivit» pentru apariţia comportamentului hipnotic" *(cf.* Kirsch, 1985, p. 1195).

într-o lucrare de referinţă în literatura asupra hipnozei *Hypnosis. A Social Psychological Analysis of Influence CommunicaUon,* Sarbin şi Coe, interpretând hipnoza în termenii teoriei rolului, acordă o importanţă deosebită expectanţelor. Expectanţele de rol (rolul de persoană hipnotizată) conturează coordonatele transei hipnotice, particularizează comportamentul hipnotic al subiectului. Ele se află într-o strânsă relaţie cu ceea ce Sârb;" şi Coe numesc „localizarea rolului" *(role location),* proces circumscris răspunsurilor pe care „actorul" le dă la următoarele întrebări: „Cine este el? Cine eşti tu ? " şi la întrebările reciproce „Cine sunt eu ? Ce se aşteaptă de la mine ? ". Reprezentarea pe care subiectul o are cu privire la rolul de subiect hipnotizat este completată, în timpul inducerii transei hipnotice, prin verbalizarea sugestivă de către terapeut a expectanţelor referitoare la reacţiile sale.

Asocierea hipnotizabilităţii cu unele trăsături şi calităţi devalorizate social (credulitate, incapacitate voluntară etc.) influenţează expectanţele subiectului de a fi hipnotizat.

Utilizând aceleași proceduri de inducere, Barbcr și Calverley au obținut rezultate diferite după cum siruajia a fost prezentată subiecjilor ca vizând testarea credulității sau capacității imaginative.

Alte studii au demonstrat că, în timpul hipnozei, subiecții au actualizat, în general, acele comportamente incluse în reprezentările ior despre transa hipnotică, descrise înaintea inducerii (Henry, 1985). Tocmai de aceea analiza reprezentărilor, a „miturilor" pe care le au subiecții în legătură cu hipnoza este absolul necesară dacă se dorește o influențare a expectanțelor acestora.

Se pare că reprezentarea pe care *o* au subiecții naivi despre hipnoză nu este suficient de structurată si, prin urmare, capabilă să genereze expectanțe foarte puternice privind sensibilitatea lor hipnotică. De aceea expectanța explică, în cazul subiecților naivi, doar aproximativ 10% din varianta răspunsului la tehnicile de inducție hipnotică (Melei & Hilgard, 1964; Shor, 1971; Wadden, 1983). în schimb, expccianțele răspunsurilor la sugestie emise după inducerea transei corelează mult mai puternic cu hipnotizabilitatea, fept ce confirmă ideea că inducția hipnotică poate influența hipnotizabilitatea prin modificarea expectanțelor de răspuns (Kirsch, 1985).

în hipnoză, expectanțele nu se manifestă doar în maniera analizată până acum. Numeroși cercetători evidențiază faptul că răspunsurile la sugestiile hipnotice (sau non-hipnotice) pot fi expresia unor „predicții ce se autoîmplinesc". In acest caz, diversele comportamente intra-hipnotice sunt și expresia credințelor, expectanțelor manifestate într-o manieră discretă, implicită, de către inductor sau alte persoane semnificative din anturajul subiectului. Pentru ilustrare menționăm un studiu efectuat de Spanos, Manary, Gabora, Dubreuil și Dewhirst (1991) asupra fenomenului identității multiple întâlnit în cazul unor regresii de vârstă inira-hipnoiice și considerat de urni ca argument pentru susținerea teoriei reîncarnării. Aceștia consideră că identitățile unor vieți anterioare sunt produse interpersonale ale căror caracteristici sunt antrenate de expectanțele unor persoane semnificative, între care și hipnotizatorul. Experimentele autorilor citați demonstrează (în concordanță și cu rezultatele altor cercetători) că *„subiecții își modelează fanteziile despre viața trecută astfel ca ele sâ corespundă expedațiilor transmise de hipnotizator".*

CAPITOLUL II

Sugestie și hipnoza

1. Perspectivă istorico-teoretică asupra sugestiei

Cercetarea sugestiei are o evoluție oarecum particulară în istoria psihologiei. încă de la începutul secolului, sugestibilitatea, alături de alte dimensiuni psihologice precum inteligența, acuitatea senzorială etc, a suscitat în mod deosebit interesul cercetătorilor. Disputa dintre Charcot și Liebeault cu privire la natura sugestibilității isterice a stimulat cercetarea domeniului. Astfel, la scurt timp după apariția lucrării lui A. Binet *La suggestibilite"* (1900), „sugestibilitatea era una din puținele trăsături ale personalității pentru care existau deja suficiente teste ce garantau acoperirea domeniului" (McGuire, 1989, p. 305). Alături de Binet, toți marii psihologi, care au creat la cumpăna ultimilor două secole, au adus contribuții utile la înțelegerea procesului sugestiei: Bernheim, Freud, W. James, Janet, McDougall, Wundt, Pavlov etc. In ciuda acestui fapt, disputele teoretice în acest domeniu continuă și astăzi, iar sugestia nu este încă un domeniu cu adevărat independent al cercetării psihologice (dacă excludem domeniul hipnozei).

Tocmai de aceea, considerăm că o scurtă schiță istorico-teoretică a sugestiei-sugestibilității se poate dovedi utilă în înțelegerea disputelor, orientărilor și temelor de interes pe care le prezintă astăzi acest domeniu.

„Doctrina sugestiei" a lui Bernheim (1884) ca și considerațiile lui Binet (1900) despre sugestie ca *„idee directoare"* subliniază necesitatea de a privi sugestia ca *situație stimul.* Mai târziu, Young (1931) precizează că sugestia trebuie considerată ca tentativă (de influențare) care poate fi analizată independent de subiectul căruia i se adresează; de aici evidențierea *caracterului potențial al sugestiei* și necesitatea de a separa sugestia de sugestibilitate.

Opinia, dominantă și azi, conform căreia efectele sugestiei pot fi găsite în domeniul nonraționalului este expresia conceptualizării lui McDougall (1908). Acesta consideră sugestia ca proces de comunicare care are ca rezultat acceptarea cu convingere a propoziției comunicate în absența unei baze logice adecvate de acceptare, Deși experiența ulterioară l-a forțat pe McDougall să admită că atitudinile sau acțiunile induse de sugestie nu trebuie, în mod necesar, să fie opuse rațiunii și că ele pot să se împletească cu argumentarea, el nu și-a modificat teoria.

Cele mai multe teorii explicative ale sugestiei și sugestibilității pot fi considerate *monoideiste,* întrucât se bazează pe noțiunea că *sugestia este vehiculul unei idei care devine dominantă in anumite condiții și tinde, prin aceasta, să prevaleze în raport cu celelalte idei concurente.*

Acest concept este explicit formulat de Braid, Bernheim *(„sugestia este actul prin care o idee este activată in creier si acceptată de acesta")* și Binet *(„idee directoare")*. După cum remarcă mai mulți cercetători (Eysenck, Hilgard etc.) chiar și *constructul ideomotor,* care este considerat un principiu explicativ pentru sugestibilitatea motorie, postulează efectul unei idei dominante.

Monoideismul nu a rezistat mult timp in forma sa inițială. El este continuat - după cum sublinia V.A! Gheorghiu - înlr-un fel sau altul în constructe specifice, considerate variabile moderatoare ale proceselor sugestive. Acestea includ: *expectanțele, atenția concentrată sau selectivă, set, stimulare cu sens predominant, prejudecățile „necesare", caracteristici incitative* etc.

Unul din conceptele cu valențe integrative ce trebuie menționat aici este *conceptul autoîmplinirii profeției* introdus în psihologie prin lucrările lui Rosenthal și ale colaboratorilor lui. „Se poate ușor imagina că mecanismul autoîmplinirii profeției există în toate procesele sugestibilitații care au la bază implicit sau explicit procesele expectanței" (Gheorghiu, 1989, p. 34). Acest concept se referă la procesul în care *plauzibilitatea unei situații antrenează o tendință inerentă de împlinire a ei.* Fenomenele studiate din această perspectivă sunt destul de variate (exemple: studentul care devine mai talentat pentru că este considerat astfel - Rosenthal & Jacobson, 1968/1972; modificările somatice întâlnite în falsa sarcină - Pavlov, 1927).

Perspectiva asociaționistă dominantă în psihologia primelor decenii ale veacului nostru a pătruns și în domeniul sugestiei. După cum remarca Allport, psihologul scoțian Brown (1920) a utilizat termenul „sugestie" ca sinonim pentru asociație, iar Freud a afirmat clar că asociația constituie baza fenomenului sugestiv. Acestui model asociativ îi aparțin și afirmațiile care consideră condiționarea ca principiu de bază al comportamentului sugerat.

Vorbind despre sugestie, Pavlov subliniază că la om cuvântul, ca reflex condiționat, poate semnaliza orice, poate înlocui orice și poate prilejui apariția tuturor acțiunilor și reacțiilor organismului, determinate de stimulii obiectivi. Accentuând valoarea cuvântului ca „semnal al semnalelor" în demersul sugestiv, Pavlov a fost acuzat de un reducționism fiziologic simplist (Asch, 1952), trecându-se cu vederea că acesta nu a exclus faptul că percepțiile, ideile, emoțiile etc, pot și ele funcționa ca stimuli sugestivi. După cum nota V.A. Gheorghiu (1989), importanța generală a punctului de vedere al lui Pavlov rezidă în mod deosebit în relația sa cu *ideea substituirii* - concept central în teoria actuală despre sugestie.

Hilgard a reactivat, prin a sa *teorie a neodisocierii,* teoria mai veche a disocierii, care vede influența sugestiei (hipnotice) ca o expresie a stării subconștiente, disociată sau dezagregată de conștiința normală. Hilgard postulează o ierarhie a sistemelor de control ce operează în orice moment la un individ dat și consideră că hipnoza modifică aranjarea ierarhică a acestor controale, încât ele se disociază sau se asociază în structuri noi. Pentru că multe teorii despre sugestie accentuează asupra ocolirii instanțelor critice raționale, teoria lui Hilgard este importantă, întrucât lansează problema necesității cunoașterii în ce măsură cel puțin anumite efecte ale sugestiei bazate pe procese de substituție sunt controlate de subsisteme cognitive.

Pentru a explica efectele sugestiei asupra percepției, Sherif (1935) a utilizat un model cognitiv care a început să fie cunoscut sub numele de *„cadru de referință" (frame of reference)*. Teza sa principală este că, într-o situație nestructurată, caracterizată printr-un

mare grad de ambiguitate, nu există o simplă „percepţie a haosului". Structurile percepute în aceste situaţii sunt efectul unor funcţii interne precum atitudini, seturi, impulsuri, stări emoţionale etc. Acest fapt explică receptivitatea crescută ia sugestie a subiectului aflat într-o situaţie caracterizată prin ambiguitate (ulterior Asch a demonstrat că şi în faţa unor stimuli clar structuraţi presiunea grupului poate mări sensibilitatea la sugestie). Concepţia lui Sherif capătă o importanţă specială, pentru că ea consideră fenomenul sugestibilităţii din perspectiva largă a psihologiei cognitive şi sociale.

2. Privire retrospectivă asupra cercetărilor în domeniul sugestiei

în amplul studiu dedicat acestei probleme, V.A. Gheorghiu (1989) remarca faptul că există trei orientări principale în cercetarea sugestiei şi sugestibilităţii:

a) sugestia în relaţie cu hipnoza;
b) sugestia ca trăsătură a personalităţii;
c) sugestia ca fenomen psihosocial.

După depăşirea primei etape, în care hipnoza era explicată prin postularea unei influenţe fizice (magnetismul), sugestia devine, treptat, principalul principiu explicativ al hipnozei (Bemheim, 1888). Legătura dintre sugestie şi hipnoză este evidentă în cercetările moderne asupra hipnozei, întrucât majoritatea scalelor pentru testarea hipnolizabilităţii se bazează pe itemi ai sugestiei, iar tehnicile de inducţie hipnotică conţin comunicări sugestive.

în general, cercetările au încercat să determine (Gheorghiu, 1989, p. 4):

1) dacă există relaţii între aşa-munita sugcslibilitale în slare de veghe *(waking suggestibility)* şi sugestibilitatea hipnotică (Eysenck & Furneaux, 1945 ; Hilgard, 1965; Stukat, 1958);
2) dacă, şi în ce măsură, procedura de inducţie hipnotică creşte sugestibilitatea (Barber, 1969; Hilgard & Tari, 1966; Weitzenhoffer & Sjoberg, 1961);
3) dacă fenomenele, care în mod tradiţional sunt descrise în hipnoză, pot fi explicate doar prin influenţa sugestiei (dacă, de pildă, ele pot fi provocate, cum afirma Bemheim, independent de contextul hipnotic).

Deşi relaţia dintre hipnoză şi sugestie a constituit tema multor cercetări, şi în prezent opiniile sunt împărţite. Astfel, în contrast cu Bernheim (1888) şi Weitzenhoffer, care consideră *hipnoza o formă de manifestare a sugestiei,* Hilgard (1987) consideră că, alături de aceasta din urmă, imaginaţia şi fantezia joacă un rol deosebit.

Pe de altă parte, o serie de cercetări privind amnezia spontană (Cooper, 1979; Hilgard, 1969), stările spontane de relaxare în hipnoză (în absenţa sugestiilor specifice), trăirea subiectivă a timpului în stare hipnotică, limitează în mod deosebit rolul sugestiei în hipnoză. După o analiză critică a acestora, V.A. Gheorghiu (1989, pp. 8-9) concluzionează că hipnoza fără sugestie trebuie să fie concepută ca hipnoză fără sugestie explicită şi că, alături de aceasta, trebuie luate în considerare şi o serie de alte *variabile moderatoare: procesele imaginative, expectajiile, credinţa, iluzia, disociaţia, concentrarea atenţiei, motivaţia, asumarea roiului, interacţiunile, captarea etc.*

Analiza cercetărilor care au studiat hipnoza şi sugestia independent una de cealaltă ar putea facilita o analiză critică a problemelor ridicate de relaţia dintre sugestie şi hipnoză. întrucât acest aspect este deosebit de complex şi mi-1 putem analiza în acest context, menţionam doar că cercetările sugestiei, independent de contextul hipnotic, au vizat în principal următoarele aspecte:

- poate fi sugestia înţeleasă ca un fenomen simplu sau ca un fenomen multidimensional ?
- există relaţii între sugestibilitate şi alte caracteristici ale personalităţii, sau între sugestie şi alte fenomene psihologice ?
- este posibil de identificat factorii implicaţi în producerea răspunsurilor Ia sugestie ? (Gheorghiu, 1989, p. 12).

Problema caracterului multidimensional al sugestibilităţii a fost studiată experimental prin proceduri de influenţare a proceselor senzoriale, proceselor motorii, proceselor mnezice.

Deşi Eysenck şi Furneaux (1945) au raportat existenţa a doi factori - sugestibilitatea primară, factor saturat de procedurile motorii directe, şi sugestibilitatea secundară, factor saturat în procedurile senzoriale indirecte -, majoritatea autorilor au găsit relaţii foarte slabe sau deloc între diferitele proceduri sugestive.

Nici asupra relaţiei dintre reactivitatea*ptacebo* şi sugestibilitale nu s-a căzut de acord (Netter, 1989; Evans, 1989), iar sugestibilitatea interogativă nu corelează semnificativ, nici ea, cu vreo altă dimensiune a sugestibilităţii. Concluzia logică la care trebuie sâ ajungem este că nu există un singur factor al sugestibilităţii.

Nici cu privire Ia relaţia dintre sugestibilitate şi diverse alte variabile precum sănătatea mintală, inteligenţa şi sexul, nu există un consens. Un acord există cu privire Ia vârsta subiecţilor, în sensul că sensibilitatea la sugestie este mai mare Ia copii.

O serie de cercetări au vizat relaţia dintre sugestibilitate şi imaginaţie (Binet, 1900; Seashore, 1895), iar interesul pentru reacţiile ideomotorii a stimulat ulterior analiza critică a rolului proceselor imaginative (Arnold, 1946; Eysenck, 1947; Hilgard, 1977; Huli, 1933; Sheenan, 1979; Weitzenhoffer, 1963 etc). Aceste cercetări au comparat capacitatea imaginativă a subiecţilor cu sensibilitatea sugestivă, măsurata prin reacţia Ia teste motorii şi senzoriale, iar relaţia găsită a fost, în general, semnificativă. Majoritatea acestor cercetări au ridicat probleme metodologice comune:

- dificultatea găsirii unor itemi potriviţi pentru chestionarele de imaginaţie;
- condiţiile imaginative (în procedurile senzoriale, motorii) şi cele sugestive sunt foarte asemănătoare;
- nici în autosugestie nu există o separare clară între influenţele sugestive şi procesul imaginaţiei (Gheorghiu, 1989, p. 18).

Deşi numărul factorilor ce influenţează sugestibilitatea este mare, cercetările s-au centrat, în general, asupra unor trăsături de personalitate, funcţii şi procese psihice precum: dispoziţia spre iluzie, imaginaţia, implicarea, conformarea, atenţia, motivaţia, expectaţia. Dintre factorii situaţionali, atenţia cercetătorilor a fost orientată, în mod deosebit, spre factorii de prestigiu, situaţii-stimul nestruclurate, presiunea grupului, influenţa diferitelor tehnici verbale de sugestie, efectul modelelor, reactivitatea *placebo* etc.

Foarte multe cercetări au studiat efectul nesiguranţei subiectului asupra sugestibilităţii, utilizând fie stimuli ce provoacă iluzii (M. Sherif, 1935), fie stimuli nestructuraţi

(Coffin, 1941; Lucii ins, 1945 ele.), ori inducând stări contliciualc, punând subiectul în faţa alegerii între două alternative, ambele false (Binet, 1900: Boucmbcrg & Wehner, !971 ; Gudjonssoii, 1984, 1987; Zimmerman, 1982). Acest principiu al producerii nesiguranţei este utilizat nu numai în cercetare, ci si în practică. Binet (1900) afirmă că gradul de siguranţă al unei persoane în legătură cu un eveniment se află într-o relaţie inversă cu sugestibilitatea acesteia.

Analiza tuturor acestor cercetări conduce la identificarea unor probleme metodologice generale. în ciuda multitudinii procedurilor de testare a sugestibilităţii, nu există în prezent decât foarte puţine baterii de teste standardizate. Pe de altă parte - după cum remarcă V.A. Gheorghiu (1989, p. 22) - există tendinţa unei separări prea nete între procedurile directe si indirecte în inducerea sugestiei. Pare mai potrivit, în opinia acestui autor, să vorbim de un cont intuim între modul direct şi indirect si să deosebim, astfel, proceduri indirect-directe şi direci-indirecte. De asemenea, influenţele contextuale, deosebit de importante în cercetarea sugestibilităţii, nu sunt suficient luate în consideraţie. Astfel, credibilitatea situaţiei experimentale poate fi potenţată prin proceduri indirect--direcle, care au ca scop înlăturarea posibilităţii ca experimentatorul să fie perceput ca responsabil de ceea ce este prezentat subiectului. în plus, găsirea unei justificări adecvate pentru reacţiile subiectului creează dificultăţi suplimentare. Deoarece solicitarea făcută subiectului de a „reacţiona fără intenţie" conţine o oarecare contradicţie logică, principala presupunere este aceea că avem de-a face cu „reacţii involuntare" în termenii proceselor ideoinotorii. După cum afirma Stukat (1958, citat de Gheorghiu, 1989, p. 24), demersul ideomotor este utilizat ca un concept explicativ sau termen descriptiv din nevoia noastră de explicaţie.

3. Cercetări recente în domeniul sugestiei-sugestibilităţii

Două evenimente ştiinţifice relativ recente au prilejuit un bilanţ al cercetărilor în acest domeniu. Este vorba despre Congresul internaţional de sugestie din 1989 şi Congresul european de hipnoză în psihoterapie şi psihosomatică din 1990, ambele desfăşurate în Germania. Majori tai ea lucrărilor prezentate por fi subordonate următoarelor teme principale : aspecte teoretice şi conceptuale, evaluare şi diferenţe individuale, aspecte psihofiziologice, aspecte sociale şi cognitive ale sugestibilităţii.

3.1. Aspecte teoretice şi conceptuale ale sugestiei-sugestibilităţii

Majoritatea cercetătorilor subliniază *natura multidimensională a conceptului sugestibilităţii* şi, fără îndoială, lucrările lui H..1. Bysenck cu privire la sugestibilitatea primară şi secundară s-au dovedit a fi deosebit de fecunde în domeniul cercetării. In lucrările sale din 1943 (cu Furneaux), 1945 şi 1989. Eysenck demonstrează că există mai multe tipuri independente de sugestibilitate: sugestibilitatea primară, sugestibilitatea secundară şi - un alt tip la care a făcut doar aluzie împreună cu Furneaux - sugestibilitatea terţiară. Sugestibilitatea primară a fost desemnaiă în termenii testelor ideomotorii şi măsurarea ei corelează cu hipnotizabilitatea. Sugesiibilitatca secundară constă în receptivitatea la sugestii indirecte, in care natura precisă a scopului sau rezultatului urmărit nu este

explicită, tip de sugestibilitate care nu corelează cu hipnotizabilitatea. Cea de a treia formă de sugestibilitate (terţiară) aduce în schema conceptuală a sugestibilităţii o calitate interpersonală, care este definită în termenii prestigiului inductorului; acest tip de sugestibilitate conduce la ceea ce a fost numit în literatura de specialitate ca *„sugestibilitate **interogativă** ".*

Cercetările lui Eysenck au o importanjă deosebită, Întrucât au atras atenţia asupra caracterului pluridimensional al sugestibilităţii şi au stimulat dezvoltarea unor tehnici specifice de măsurare a acesteia (de exemplu metoda indirect-directă a lui Gheorghiu şi Reyher pentru administrarea scalei cu itemi senzoriali). Totuşi, ei nu a elucidat înţelesul sugestibilităţii, relaţia acesteia cu excitabilitatea, şi nu a sesizat valoarea teoriei condiţionării în înţelegerea fenomenului sugestiei (P.W. Sheehan).

O contribuţie deosebită la precizarea aspectelor conceptuale ale sugestiei o are V.A. Gheorghiu (1982, 1989, 1990). El insistă asupra *naturii „provocative"* a oricărei sugestii şi argumentează că sugestia nu trebuie să fie considerată pur şi simplu ca absenţă a instanţelor raţionale. Cu noţiunea de „valoare provocativă" Gheorghiu subliniază aspectele inotivaţionalc ale sugestiei. Dacă privim sugestibilitatea ca trăsătură (in termenii ghidării sau orientării comportamentului - Allport) vom înţelege mai bine impactul situaţiilor asupra proprietăţii motivaţionale a sugestibilităţii.

în ceea ce priveşte relaţia dintre sugestie şi mecanismele raţionale, deşi acestea nu sunt baza proceselor sugestiei, ele pot fi un argument al influenţei lor. McDougall (1935) subliniase deja că argumentaţia plauzibilă şi raţionamentul manifest pot potenţa forţa sugestiei. Argumentele lui Gheorghiu conduc la afirmaţia că sugestia poate induce reacţii care scapă mai mult sau mai puţin supravegherii. Luând în consideraţie şi factorii sociali ce modelează relaţia interpersonală pe care o presupune sugestia, Gheorghiu subliniază că şi aceştia vor structura gradul de supraveghere şi control care există. în aceeaşi ordine de idei, a raportului dintre sugestie şi mecanismele raţionale, se plasează şi *principiul substituţiei* - fundamental în înţelegerea sugestiei (Gheorghiu, 1989, p. 103).

în urma acestor consideraţii, Gheorghiu (1989, p. 105) propune următoarea definiţie: *„Sugestia este o situaţie provocativă care, bazată pe un proces de substituţie sau **înlocuire /.../ poate induce răspunsuri (conştiente) necontrolate. în situaţia** dată **totuşi subiectul trebuie, teoretic (potenţial), să dispună şi de alternativa de a fi capabil să reacţioneze si altfel".***

Pe aceeaşi linie a împletirii raţionalităţii cu sugestia şi hipnoza se înscriu cercetările Iui P. Kruse (1989) şi R.M. Lundy (1989).

Propunând o perspectivă integraţionistă, Kruse argumentează că hipnoza şi sugestia pol fi mai bine înţelese ca o parte a procesului construcţiei psihologice, asociat sistemului cognitiv. Concentrându-şi argumentarea asupra *„criteriilor realităţii"* şi *„facultăţii de discriminare",* inducerea comportamentului sugerat este „corect văzută ca situaţie în care diferenţa trăită între imaginaţie şi percepţie diminuează" (Sheehan, 1989, p. 116).

Lundy (1989) subliniază importanţa noţiunii de *„confirmare internă"* şi consideră acest proces ca factor mediator necesar în crearea efectelor sugestiei. Conceptul se referă la „acţiunea ipotetică a constructelor personale care justifică comportamentul receptorului în situaţii sugestive". După cum subliniază P.W. Sheehan, avantajul major al extinderii teoriei constructelor personale a lui G. Kelly de către Lundy este că ea afirmă imporia^ţa deosebită a înţelegerii concepţiilor personale ale subiectului asupra evenimentele!', aşa cum sunt ele sugerate. Fundamentându-şi teoria pe concepţia lui Kelly,

Lundy evidenţiază prezenta raţionalităţii în răspunsul la sugestie, situându-se pe poziţii asemănătoare cu Gheorghiu şi Kruse. în acelaşi sens trebuie înţeleasă şi afirmaţia lui W.E. Edmonston (1989), care vede sugestia ca distorsiune centrală a intrărilor impulsurilor senzoriale, efectul de „înşelare* al acesteia fiind determinat de „fărâmiţarea" mecanismelor centrale de interpretare.

încheiem această scurtă prezentare a preocupărilor teoretice asupra sugestiei menţionând studiul lui Gheorghiu şi Kruse (1990) care abordează sugestia dintr-o largă perspectivă integrativâ, argumentând câ mecanismele sugestive, alături de cele reflexe şi raţionale, se constituie într-o necesară strategie a cunoaşterii şi acţiunii. Lumea în care trăim - spun autorii - este profund ambiguă şi procesul acţiunii şi cunoaşterii este un proces continuu de înlăturare conştientă sau inconştientă a ambiguităţii. Una din sarcinile principale ale individului este reducerea gradelor de libertate situajională sau psihică (de pildă rezolvarea contradicţiei dintre multitudinea posibilităţilor şi necesitatea de a permite doar o singură alternativă). Altfel, individul nu ar fi capabil să acţioneze.

în prezenţa mai multor alternative posibile în mod obiectiv, mecanismele sugestive conduc la o decizie comportamentală având caracterul „ca şi cum" *(as ij)* ar fi unica posibilă.

Deciziile comportamentale care presupun anumite prejudecăţi - subliniază Gheorghiu şi Kruse - par să aparţină strategiei sugestiei, dar astfel de decizii tind să acţioneze mai mult sub o formă reflexă. Prejudecăţile permit doar o limitată libertate pentru alternative comportamentale. Uneori, influenţele sugestive fac parte din decizii raţionale (de exemplu - ceea ce este plauzibil pare şi drept). Dacă privim cu atenţie condiţiile speciale în care trăieşte omul, înţelegerea semnificaţiei strategiei sugestiei devine evidentă. Noi avem reguli rigide ce decurg din structuri comportamentale şi trăim într-un mediu social şi material teribil de complicat. Strategiile raţionale sunt, de obicei, insuficient de rapide pentru a compensa lipsa mecanismelor reflexe şi a garanta o dezambiguare adecvată şi stabilitate psihică. Uneori, strategiile raţionale produc un soi de „blocare" a comportamentului. Mecanismele sugestive par să umple golul. în situaţii ambigue şi în cazul instabilităţii individului, sugestia conduce la o directă reducere a gradelor de libertate, fără consumarea capacităţii intelectuale conştiente în procesul de dezambiguare.

Sugestia este normală şi necesară. Dar sugestia, ca şt celelalte mecanisme menţionate, este nu doar o strategie de a produce o ordine clară şi stabilă ca bază indispensabilă a acţiunii. Sugestia poate fi utilizată şi în încercarea de a produce instabilitate psihică.

3.2. Sugestibilitatea - evaluare şi diferenţe individuale

Există un număr important de cercetări care, propunându-şi elucidarea diferenţelor individuale în ceea ce priveşte sugestibilitatea şi perfecţionarea unor tehnici de evaluare a acesteia, răspund într-o oarecare măsură „provocării" lansate de Eysenck de a crea o **taxonomie** care să faciliteze studierea ei ştiinţifică.

Una din faţetele sugestibilităţii este astăzi destul de bine măsurată, iar relaţiile ei cu alte variabile ne pot ajuta să înţelegem mai bine acest domeniu. Este vorba despre sugestibilitatea senzorială, domeniu în care scala de testare propusă de Gheorghiu a fost utilizată de mulţi cercetători. In această scală, stimulii senzoriali sunt sugeraţi individului conform următoarelor principii:

- stimulii prin ei înşişi produc felul şi direcţia sugestiei pe care experimentatorul doreşte să o inducă subiectului;

- inducerea sau modificarea stimul ii or ce urmează a fi percepuți de subiecți este realizată prin mijloace tehnice ;
- manipularea socială a expectațiilor și procesul sugestiv sunt realizate cu ajutorul instrucțiunilor.

Dimensiunile în funcție de care este manipulată sugestia stimulilor senzoriali sunt următoarele:

- aparifia/dippariția;
- intensitatea (crește/descrește);
- localizarea (unilaterală/bilaterală);
- tipul organului senzorial (vizual, auditiv, tactil).

Sugestiile pot fi realizate prin:

- instrucție sau manipulare a mijloacelor tehnice de laborator;
- prezentarea inițială a unor serii de stimul i obiectivi;
- cuplarea stimulului cu un al doilea în maniera condiționării clasice (Netter, 1989).

In același studiu (1989), Netter analizează sugestibilitateă senzorială, măsurarea și relațiile ei cu alte variabile precum trăsăturile de personalitate, stările afective, funcțiile perceptive și ale sistemului nervos vegetativ și reactivitatea *placebo.* Autorul subliniază reducerea, dacă nu eliminarea elementelor interpersonale în procesul testării sugestibilității senzoriale. Intre rezultatele relatate, cele care comportă discuții și cercetări mai aprofundate, după opinia lui R.M. Lundy (1989), sunt relațiile curbilinii dintre sugestibilitate și unii indici fiziologici. Referindu-se la ipoteza bazei biologice a sugestibilității senzoriale, Netter afirmă că persoana care are cote înalte la sugestibilitateă senzorială răspunde ca și cum s-ar afla înlr-o stare de stimulare cerebrală mai scăzută - cel puțin privitor la sistemul transmițător colinergic. Aceasta ar determina o capacitate de discriminare mai scăzută, fapt ce explică și corelația dintre sugestibilitateă senzorială și reactivitatea *placebo* (determinată în tratamentul unor dureri patologice, nu în al celor induse experimental).

Ultima afirmație intră oarecum în contradicție cu rezultatele obținute de F.J. Evans (1989) care, în urma unei analize factoriale temeinice, afirmă independența sugestibilității, a răspunsului placebo și a hipnotizabilității. Conform acestuia, *hipnoza corelează cu disocierea, răspunsul placebo cu expectanfa și sugestibilitateă cu presiunea socială.*

Sugestibilitateă interogativă, deși a fost menționată încă de A. Binet, este teoretizată în mod explicit în ultimii ani. Beneficiind de experiența sa de consultant psihologic la interogatoriile poliției, G.H. Gudjoiisson teoretizează această importantă dimensiune a sugestibilității în lucrările sale din 1986 (Gudjonsson & Clark) și 1989. Sugestibilitateă interogativă este definită ca „măsura în care, în cadrul unei relații sociale strânse, oamenii ajung să accepte mesaje comunicate în timpul chestionării formale, astfel încât răspunsul lor comportamental ulterior este afectat" (Gudjonsson, 1989, p. 135). Comentând tt&sStuttte specifice a\e sugestibilității interogative, autorul subliniază *importanta incertitudinii, încrederii interpersonale și expectațiilor.* Testarea experimentală a modelului teoretic propus evidențiază relația dintre sugestibilitateă interogativă și diverse variabile, între care relațiile negative cu inteligența, memoria, stima de sine, asertivitatea, și pozitive cu anxietatea gi dezirabilitatea. în general „corecte și de așteptat" (Lundy, 1989, p. 178).

Un interes deosebit îl prezintă relaţiile dintre sugcstibiliiatea interogativă şi strategiile de adaptare pe care subiecţii le dezvoltă in timpul interogatoriului. Astfel, strategiile „adaptării prin evitare" in confruntarea cu slresorul conduc la manifestarea unei sugestibilităţi crescute, în timp ce subiecţii ce au inclus examinarea critică a situaţiei şi tensiunilor lor au fost mai puţin sugeslibili.

Trebuie să subliniem că, spre deosebire de procedurile de teslare a sugestibilitâţii senzoriale, care diminuează la maximum contextul inierpersonal, în modelul teoretic al sugestibilitâţii interogative propus de Gudjonsson el este un element esenţial.

Abordând sugestia din perspectiva hipnozei, H.J. Crawford pune din nou în discuţie rolul strategiilor cognitive în procesele sugestiv-hipnotice. Flexibilitatea cognitivă şi fiziologică sunt concepte explicative centrale în concepţia lui Crawford. *Flexibilitatea cognitivă este „gradul în care im individ are şi utilizează una din multele tipuri disponibile de strategii sau stiluri de prelucrare a informatei în. timpul diferitelor sarcini* (Battig, 1979), *ca şi în diferite stări de conştiinţă"* (Crawford, 1989, p. 155). Studiile efectuate de aceasta demonstrează că subiecţii cu grad mare al hipnolizabilităţii pot intra într-o stare alternativă a conştiinţei mult mai uşor decât subiecţii slab hipnotizabili şi ei demonstrează o mai mare uşurinţă în schimbarea strategiilor cognitive. Ei pot trece, de pildă, mai uşor de la domeniul aflat la limita realităţii la cel aflat la limita non-realităfii, şi de la strategiile analitice, orientate spre detaliu, la cele non-analitice, holistice şi imaginative. De asemenea, *flexibilitatea fiziologică* („gradul în care un individ demonstrează structuri diferite ale activării cerebrale când îndeplineşte diferite tipuri de sarcini, sau când aplică diferite tipuri de strategii la aceeaşi sarcină"), particularizează subiecţii puternic hipnotizabili.

O implicaţie deosebită a acestor rezultate este că abilitatea de angajare în imageria hipnotică, şi astfel în trăirea sugestiilor hipnotice, este parte dintr-o mai largă capacitate de angajare în transferuri cognitive, în acest caz un transfer de la o orientare bazată pe lealitate spre una bazată pe imaginar. Aceste transferuri, deşi antrenate de altă persoană în cazul hipnozei, sunt văzute de Crawford ca voluntare din partea subiectului. Crawford subliniază şi pericolul scăpării de sub control a acestor transferuri cognitive, când această capacitate ajunge la anumite nivele.

Intr-un studiu ce creează optimism psihoterapeuţilor. N.P. Spanos (1989) demonstrează că hipnotizabilitatea, măsură a unei capacităţi sau deprinderi, poale fi potenţată cu ajutorul unor tehnici. Astfel, subiecţii cu o hipnotizabiiitatc scăzută sunt învăţaţi să dea un răspuns activ, pozitiv, la sugestie, dezvoltând o strategie faciliiantă imagistică penau trăirea efectelor sugerate. După Spanos, acesi „set interpretativ" activ în raport cu sugestia poate conduce la creşterea sugestibilităţii subiecţilor mai puţin sugestibtli. Programul de „antrenament" propus de Spanos cuprinde trei elemente principale ce vizează:

- învăţarea unei *atitudini pozitive* despre hipnoză;
- utilizarea *strategiilor imagistice* pentru trăirea efectelor sugerate;
- adoptarea unui *set interpretativ activ* în raport cu incitările sugestive (Spanos, 1989, p. 171) (subl. n.).

3.3. Aspecte psihoflziologice ale sugestibilității

Există două direcții principale în abordarea aspectelor psihofiziologice ale sugestibilității și hipnozei:

- încercări de apreciere a corelațiilor dintre nivelele bazale ale undelor alfa E.E.G. și sensibilitatea hipnotică;
- încercarea de a delimita diferențele între subiecții puternic și slab hipnotizabili prin asimetria funcțională a celor două emisfere cerebrale.

Prima direcție se bazează pe ideea *rolului ritmului alfa* în producerea stărilor modificate ale conștiinței; dacă producția de unde alfa corelează cu sensibilitatea hipnotică, atunci o creștere a acesteia prin mijloace voluntare de autocontrol ar putea produce o sporire a hipnotizabilității subiecților mai puțin sensibili. în ciuda mijloacelor tehnice utilizate pentru testarea acestei ipoteze, rezultatele obținute conțin și date echivoce. Astfel, studiile lui London, Hart & Leibovitz (1968), Nowlis & Hart (1970) au evidențiat că subiecții puternic hipnotizabili produc o mai mare densitate de unde alfa în stare de veghe decât cei nehipnotizabili. De asemenea, Morgan, McDonald & Hilgard (1974), deși nu au găsit vreo dominantă emisferică în ceea ce privește frecvența alfa, au observat aceeași relație pozitivă între producția de unde alfa și hipnotizabilitate. Studiul efectuat de Engstrom, London și Hart (1970) a demonstrat și faptul că, prin creșterea densității undelor alfa în stare de repaos, prin antrenamente bazate pe biofeedback, se poate mări sensibilitatea hipnotică.

Pe de altă parte, o serie de studii nu au găsit această relație între densitatea undelor alfa și hipnotizabilitate și au criticat rezultatele menționate mai sus prin insuficienta considerare a factorilor situaționali și o neatentă selecție a variabilelor (Evans, 1972; Travis, Kondo & Knott, 1973; Edmonston & Grotevant, 1975; Sabourin, Cutcomb & Pribram, 1986).

Se consideră că o analiză mai detaliată a E.E.G. ar fi mai utilă și că, în orice caz, trebuie luate în considerație mai degrabă schimbările în densitatea undelor alfa decât nivelul bazai al acestor unde (Paskewitz, 1977).

Ideea *asimetriei funcționale* a celor două emisfere cerebrale este bine cunoscută în literatura de specialitate. Emisfera stângă este considerată a fi mai implicată în procesele analitice și secvențiale ale gândirii, în timp ce emisfera dreaptă în cele imaginative și holistice. Studiile recente ale comportamentului hipnotic și corelatelor E.E.G. și electrodermale demonstrează o implicare sporită a emisferei drepte (Crawford & Allen, 1983; Gauzelier, 1987; Bânyai, Meszaros & Csokay, 1985 etc.). Există și unele studii (Sabourin, Cutcomb & Pribram, 1986) care nu confirmă aceste rezultate. Relațiile deosebite descoperite între activitatea cerebrală și psihologia comportamentului sugerat face necesară, după cum bine remarca Lundy *(cf.* Edmonston jr., 1989, p. 249) o mai strânsă colaborare cu neuroanatomiștii și neorofiziologii, cu **atât** mai mult cu cât rezultatele raportate vizează localizări cerebrale din ce în ce mai specifice. Astfel, recentul studiu al lui Meszaros, Crawford și colaboratorii (1989) evidențiată nu numai această specificitate emisferică a comportamentului hipnotic, ci evidențiază și o altă asimetrie între regiunile anterioare și posterioare, mai accentuată la subiecții puternic hipnotizabili decât la cei slab hipnotizabili. Conform datelor raportate de aceștia, activitatea cerebrală

în timpul hipnozei se localizează dominant în regiunea parieto-occipitală dreaptă mai mult decât în regiunea temporală. Acest fapt pare să fie confirmat şi de studierea fluxului sanguin cerebral, a cărui creştere indică *o* intensitate mărită ă metabolismului în zonele menţionate (Edmonstonjr., p. 249).

Abordând aceeaşi problemă, Ruggieri şi colaboratorii (1989, p. 241) afumă că emisfera stângă este mai implicată în procesele caracterizate printr-o puternică relaţie între subiect şi mediu, în timp ce emisfera dreaptă este mai activă în aşa-numitele procese intrasubiective (de exemplu în automodularea stărilor emoţionale). „Din această perspectivă - spune Ruggieri - considerăm că starea hipnotică este expresia particulară a echilibrului emisferic." (Ruggieri, R.Capozzi & Clavenzani, 1989, p. 241) Abordând şi diferenţele perceptive între cei doi ochi - dreptul percepe figura, stângul percepe fondul - această lucrare sugerează un mecanism central de distorsiuni ce acţionează în elaborarea răspunsului la sugestie.

Cercetările lui De Rascalis confirmă, utilizând corelatele fiziologice ale sugestibilităţii, teza lui Eysenck conform căreia introvertiţii stabili şi extravertiţii nevrotici sunt cei mai sugestibili indivizi.

Una dintre cele mai dificile probleme în acest domeniu, după cum subliniază W.E. Edmonstonjr. (1989, p. 250) este interpretarea relaţiilor dintre hipnoză şi dominanta cerebrală. Activitatea dominantă a emisferei drepte în hipnoză, raportată de multe studii, tinde să facă din aceasta o funcţie a emisferei drepte. Or, această concluzie se bazează pe interpretarea unui raport (activitatea emisferei drepte/activitatea emisferei stângi) şi rezultatul poate fi expresia modificării ori a numărătorului, ori a numitorului. Mai precis, dominanta emisferei drepte poate fi ori expresia activării deosebite a acesteia, ori a inhibării celei stângi (fapt sugerat deja de unele studii), ori se obţine prin combinarea acestor procese. Dacă acceptăm aceste posibilităţi, apare următoarea dilemă: *„hipnoza este un proces al emisferei drepte din cauză că emisfera dreaptă este mai puţin inhibată decât stânga ? Sau hipnoza este un proces ui emisferei stângi, dar un proces inhibitor mai degrabă decât excitator ? " {idem,* p. 250). Această dilemă ar putea fi rezolvată printr-un studiu temeinic al nivelurilor bazale ale activităţii corticale.

3.4. Perspectivă psihosocială asupra sugcstiei-sugestibilităţii

Cercetarea influenţei sociale este un domeniu central al psihologiei sociale. In ciuda acestui fapt, termenul de sugestie a fost foarte puţin utilizat în acest domeniu, probabil datorită asocierii lui cu aspectele nonraţionale, afective, magice, ale comportamentului uman (vezi concepţia Iui McDougall), ori pentru că „s-a considerat că oferă un bilanţ prea descriptiv şi speculativ al comportamentului social" (Schwanenberg, 1989, p. 263).

Influenţa socială a fost studiată din perspectiva *conformismului* (vezi Asch) ori a *schimbării atitudinilor* - unde noţiunea centrală nu este sugestia ci *persuasiunea*. Cercetările clasice ale persuasiunii *{cf.* McGuire, 1972, 1985 - citat de Schwanenberg, 1989, p. 274) au explorat variabilele credibilităţii, atractivităţii şi puterii ca elemente principale ale impactului sursei asupra receptorului.

Analizând diferenţa dintre sugestie şi persuasiune, McGuire consideră că, în opoziţie cu simplitatea informaţională a sugestiei în domeniul clinic, situaţiile persuasive studiate în laborator „implică mesaje argumentative de mare subtilitate" *{cf.* Schwanenberg, 1989, p. **263).**

Teoria lui McGuire privind prelucrarea informaţiei în domeniul influenţării sociale este concepută ca un lanţ cu mai mulţi mediatori; există mediatorul *„receptivităţii"* (ce cuprinde atenţia şi comprehensiunea) şi mediatorul *„acceptării".* Receptivitatea este mediatorul principal în persuasiune, în timp ce acceptarea operează în principal în sugestie. Reluând într-un alt studiu (McGuire, 1989) prezentarea acestei teorii mediate a sensibilităţii la influenţa socială, McGuire consideră că, pentru a evalua corect aportul diverselor variabile ale personalităţii în apariţia efectelor comportamentale ale unei influenţe sociale, trebuie să avem în vedere efectul acestora asupra mediatorilor menţionaţi. El enumera o serie de „postulate", deosebit de utile în înţelegerea sugestiei ca modalitate specifică a influenţei sociale şi, de aceea, considerăm utilă o scurtă prezentare a acestora.

a) *Postulatul mediatorului multiplu* care stipulează că „măsura în care orice variabilă afectează infTuenţabilitatea finală depinde de măsura în care ea afectează fiecare dintre mediatori" - atenţie, comprehensiune, acceptare (McGuire, 1989, p. 306). De pildă - continuă el - măsura în care inteligenţa va corela cu sugestibilitatea depinde de măsura în care inteligenţa afectează fiecare mediator şi de cât de important este fiecare mediator pentru conformarea la sugestie.

b) *Postulatul combinatoriu/compensator* se referă la modalitatea în care efectele variabilei personale asupra acestor mediatori separaţi se combină pentru a produce structura profundă a tendinţei spre conformare. Al doilea termen al postulatului afirmă că variabilele personale „afectează de obicei rezultatul final al conformării în direcţii opuse, prin mediatori diferiţi" *(idem,* 1989, p. 307). Dacă ne referim tot la inteligenţă, aceasta este negativ corelată cu conformarea prin mediatorul „acceptare" (acord), pentru că inteligenţa reduce credulitatea, şi pozitiv prin mediatorul comprehensiune, deoarece inteligenţa facilitează înţelegerea a ceea ce este propus în mesajul sugestiv.

In concepţia lui McGuire, o astfel de dinamică compensatorie poate determina o relaţie nemonotonă, în U răsturnat, între variabila personală şi conformarea finală, încât o persoană cu un rang intermediar va fi mai influenţabilă decât cele cu un scor foarte mare sau foarte scăzut.

c) *Postulatul ponderării siluaţionale.* Deoarece variabilele personale afectează sensibilitatea finală la influenţă printr-o serie de mediatori independenţi, se poate anticipa relaţia netă între variabilă şi influenţabilitate luând în considerare ponderea mediatorilor în situaţia dată, adică proporţia variantei sensibilităţii la influenţa socială datorată fiecărui mediator.

Rămânând la acelaşi exemplu al inteligenţei, putem constata că, atunci când mesajul sugestiv este deosebit de simplu (ex.: sugestia oscilaţiei corpului), mediatorul „comprehensiune" (facilitat de inteligenţă) influenţează puţin reacţia la sugestie, maximum de sugestibilitate apărând la nivele mai scăzute ale inteligenţei (prin mediatorul acceptării); în cazul în care mesajul sugestiv-persuasiv implică argumentări complexe din partea unei surse de încredere, maximum de sugestibilitate apare la nivele mai mari ale inteligenţei (prin mediatorul comprehensiune).

d) *Postulatul variabilei intricate (confounded variable).* Acest postulat consideră personalitatea umană din perspectivă sistemică şi are în vedere interacţiunea complexă

dintre diversele variabile ale personalităţii aflată într-o situaţie socială dată. De aceea, când se manipulează în mod experimental o anumită variabilă (de exemplu: stima de sine prin furnizarea succesului sau insuccesului), aceasta „va funcţiona in experiment ca un simptom pur, in afara implicării ei obişnuite în sindromul combinat al variabilelor care, în mediul natural, modifică de obicei relaţiile sale cu influenţabilitatea sau alte variabile dependente" (McGuire, 1989, p. 311).

e) *Postulatul variabilei cronice/acute.* Principiul pe care îl implică acest postulat derivă din cele menţionate la punctele b) şi d). McGuire, care a sesizat limitele cercetărilor experimentale asupra fenomenului influenţei sociale, subliniază că există o mare diferenţă între o variabilă personală a subiectului, manifestată în condiţii naturale, ea caracterizându-se printr-o anume dimensiune temporală (cronică) şi stabilitate, şi aceeaşi variabilă, indusă în laborator, ea având o dimensiune temporală foarte mică (acută) şi manifestându-se în circumstanţe artificiale. Această diferenţă este atât de mare, încât am putea spune că avem de-a face cu două variabile (una este anxietatea structurală, naturală a unui subiect, şi alta este anxietatea indusă în condiţii de laborator).

Rămânând in acelaşi domeniu al psihologiei sociale, remarcăm originalitatea metodelor utilizate în studiul sugestiei şi sugestibilităţii. Foarte multe scheme experimentale, de la condiţionare la hipnoză, au servit la investigarea diverselor fenomene, precum distorsiunea memoriei sub impactul unor informaţii false (Loftus & Banaji, 1989; Sheehan, 1989), expectanţa şi sugestibilitatea (Bierhoff & Klein, 1989; Kirsch, 1990 etc), fenomenul autoatribuirii (Haisch, 1989) etc. Alţi cercetători, precum G. Jahoda (1989), au abordat rolul factorilor socio-culturali in inducerea unei anume receptivităţi la sugestie.

E. Loftus şi M.R. Banaji abordează problema impactului informaţiilor false asupra amintirilor din perspectiva psihologiei martorului. Informaţiile false nu se pot transforma doar într-un supliment al amintirilor despre un eveniment, ci pot să şi altereze aceste amintiri. Ei au demonstrat experimental că informaţia falsă transmisă imediat post-eveniment, deşi calificată astfel de către subiecţi, ulterior o bună parte din aceştia (17%) au inclus-o în amintirea despre eveniment. Având în vedere această „maleabilitate" a memoriei, condiţionată de momentul furnizării informaţiilor false ca şi de starea subiectului, autorii analizează impactul informaţiilor transmise de mass-media asupra martorilor potenţiali, care acţionează asupra acestora ca nişte veritabile surse de sugestii.

în studiul său asupra sugestiei şi credibilităţii, Fiedler (1989), pornind de la o serie de indici ai credibilităţii derivaţi din „teoriile" naive asupra minciunii, atrage atenţia asupra posibilităţii utilizării lor în creşterea credibilităţii comunicării. Domeniul reclamei, al propagandei politice, ca şi organizarea credibilă a situaţiilor de diagnostic psihologic pot beneficia de cercetările ce vizează sporirea credibilităţii mesajelor transmise.

Introducerea sugestiei într-o schemă experimentală referitoare la autoatribuire îl conduce pe J. Haisch (1989) la concluzia că atât autoatribuirea, cât şi atribuirea externă pot fi sugerate prin manipularea *feedback-ului.* Astfel, persoana poate fi condusă la o imagine de sine care poate Să nu corespundă în nici un fel cu realitatea,

Sugestibilitatea pare să fie modelată şi de o serie de factori istorici şi socio-culturali, astfel încât apartenenţa etnică poate fi şi ea un „moderator" al sugestiei. Spre deosebire

de europeni, care învaţă din copilărie scepticismul pozitivist (totul trebuie argumentat, toate fenomenele se supun unor norme şi principii), africanii cresc înlr-o atmosferă plină de credinţe magice care formează o parte coerentă a cosmologiei lor, astfel încât „magia" sugestiei nu-i surprinde deloc (Jahoda, 1989).

Vom încheia această parte a expunerii studiilor despre sugestie-sugestibilitate observând, împreună cu McGuire (1989, pp. 318-319) că reconceptualizările recente în domeniul influenţei sociale pot fi grupate în două direcţii: *teoretizarea „răspunsurilor cognitive"* şi *teoretizarea „rutelor centrale/periferice"*.

Accentuând asupra medierii cognitive a influentei sociale (ca McGuire) o serie de cercetători precum Greenwald, Broock & Ostrom (1968), Petty, Ostrom & Brock (1981) demonstrează că secvenţa mediatoare cognitivă include nu numai captarea informaţiei conţinută în mesajul exterior, ci şi generarea cogniţiilor ulterioare, neconţinute în mod explicit in mesaj, dar provocate de mesaj din materialul deja existent în aria cognitivă a receptorului. Această idee concordă cu observaţia că hipnotizabilitatea este influenţată de angajarea imaginativă a persoanei {Hilgard, 1979) în special în forma imageriei mintale provocate (Sheehan, 1982).

Ideea „rutelor centrale/periferice" teoretizată de Krugman (1977), Pelty & Cacioppo (1986), Ray (1973) vizează aceeaşi teorie a medierii diferenţiate a influenţei în funcţie de situaţie. Când situaţia de influenţă evocă cu probabilitate o elaborare cognitivă considerabilă, atunci influenţa se va produce pe o cale centrală ce implică întregul lanţ al mediatorilor; când situaţia este de aşa natură încât permite un acord ce trebuie hotărât pe baza unor indicatori simpli, periferici (precum credibilitatea sursei), fără a proceda la captarea şi evaluarea informaţiei mesajului, atunci comunicarea va fi, cu probabilitate, prelucrată printr-un traseu periferic (Petty & Cacioppo, 1986, *cf.* McGuire, 1989, p. 318).

Situaţia hipnotică tinde să implice mesaje persuasive foarte simple, ale căror aspecte incidentale, precum statusul hipnotizatorului, servesc ca indicatori cruciali si, astfel, vor tinde să implice ruta periferică.

4. Observaţii finale

Scurta analiză a cercetărilor în domeniul sugestiei-sugestibilităţii oferă rezultate, nu în puţine cazuri contradictorii, care nu suportă o teoretizare unitară. Totuşi, câteva idei sunt evidente:

- *aspectul multidimensional al sugestibilităţii:* deşi încă nu există un acord asupra independenţei diverselor forme ale sugestibilităţii (primară, secundară, interogativă) toţi cercetătorii consideră că nu există un singur factor explicativ al acesteia;
- *sugestia nu este singurul factor explicativ al hipnozei* (deşi sugestii există în fiecare inducţie hipnotică); o serie de alţi mediatori pot fi consideraţi: procesele imaginative, expectaţiile, credinţa, disocierea etc.;
- efectele sugestiei nu trebuie căutate doar în domeniul afectiv, non-raţional; alături de alţi factori, *rolul unor procese cognitive* care conduc la o prelucrare particulară a mesajului sugestiv este evidenţiat de foarte mulţi cercetători:
- *sugestia şi hipnoza nu sunt procese pasive,* fapt evidenţiat nu numai de perspectiva psihologică asupra acestora (prelucrare particulară a informaţiilor), ci şi de cea psihofiziologică;

caracterul neintegrativ al cercetărilor asupra sugestiei, evidenţiat de explicaţiile diverse ale mecanismelor şi dimensiunilor sugestiei, de existenţa multor domenii de cercetare conectate cu sugestia care se referă Ia aceleaşi probleme, dar în alte contexte (fenomenul placebo, persuasiunea, conformarea etc). de lipsa unei terminologii unitare;

apariţia unor *tendinţe inlegrative* care vizează considerarea sugestibilitaţii în contextul celorlalte trăsături ale personalităţii şi în relaţie cu o scrie de funcţii şi procese psihice;

considerarea alături de factorii psihologici a celor psihosociali conduce la ideea că *sugestibilitatea are funcţii adaptalive,* putând fi considerată ca un principiu explicativ al plasticităţii relaţiei clasice stimul-râspuns ;

există o serie de *dificultăţi metodologice* în cercetarea sugestiei; pe de o parte sunt cele determinate de lipsa unei teorii unitare asupra sugestiei, pe de altă parte cele care decurg din aspectele concrete ale cercetării: lipsa unor metode şi tehnici standardizate, dificultatea asigurării credibilităţii şi justificării corespunzătoare a situaţiei experimentale ctc.

CAPITOLUL in

Testarea sugestibilității/hipnotizabilității

1. Considerații generale

Majoritatea cercetătorilor subliniază relația dintre hipnoză șt sugestie. De aceea, testarea sugestibili tații face parte din aproape toate ritualurile de pregătire a subiecților înaintea primei inducții. Sunt autori care consideră că testele de sugestibilitate care preced prima inducție hipnotică realizează de fapt o „hipnoză vigilă" pregătitoare a ..somnului" hipnotic specific transei profunde (Weitzenhoffer, 1957). în ceea ce mă privește, consider că testele de sugestibilitate au ca rol principal crearea unui raport specific între inductor și indus, raport care mărește probabilitatea intrării în transă a celui din urmă în momentul utilizării unei tehnici formale de inducție.

Dacă majoritatea oamenilor intră într-o transă hipnotică cel puțin superficială și dacă, pentru a fi eficientă terapeutic, transa nu trebuie să fie în mod necesar foarte profundă, atunci, evident, testele de sugestibilitate nu au ca obiectiv principal selecția pacienților care ar putea beneficia de hipnoterapie. Scopul lor este, după cum spuneam, crearea unui raport caracterizat prin pennisivitate, prin accentuarea unei anume asimetrii ca urmare a investiților de „putere" și competență pe care pacientul Ie face în terapeut, prin accentuarea misterului de către descoperirile neașteptate ale pacientului cu privire la unele „forțe" inexplicabile care se manifestă în interiorul lui sau în cadrul relației cu terapeutul etc.

Reacțiile pozitive la testele de sugestibilitate măresc probabilitatea intrării în transă a pacienților și securizează hipnoterapeuții începători, care vor aborda pacienții cu mai multă încredere în capacitatea lor de a induce transa.

De asemenea, utilizarea testelor de sugestibilitate furnizează informații utile privind tipul de inducție hipnotică cel mai potrivit pentru un anume subiect. Mai precis, inducția trebuie să fie una directivă, autoritară sau, dimpotrivă, una non-directivâ, permisivă, indirectă. Oricum, succesul inducției hipnotice este influențat în mare măsură nu atât de natura răspunsurilor la testele de sugestibilitate, cât, mai degrabă, de calitatea relației stabilite în timpul aplicării lor.

De fiecare dată evit utilizarea cuvântului „test" șt, pe cât posibil, a conceptului de *sugestibilitate.* Cuvântul test implică ideea succesului sau insuccesului, în timp ce *sugestibilitatea* poate activa o serie de credințe negative. Atitudinea depreciativă față de sugestie a făcut ca sugestibilitatea - ca trăsătură de personalitate ce mediază transformarea sugestiei în comportament sugerat - să aibă conotații negative atât în limbajul comun, cât și în cel științific (a se vedea *Manualul de psihologie* pentru liceu scris de P. Popescu-Neveanu, M. Zlate și T. Crețu). De fapt, sugestibilitatea asigură o mai mare

plasticitate comportamentului uman, neadaplative fiind doar valorile ci extreme. Această idee a fost plastic exprimată de McGuire (1989. p. 308), care compara persoana foarte influențabila cu o particulă aflată în mișcare browniană și, prin urmare, incapabilă de o opinie proprie și o acțiune eficientă, în timp ce persoana deloc influențabila este incapabilă să învețe din experiența altora (care nu întotdeauna poate fi transmisă rațional, argumentat); iar experiența proprie, deși utilă, costă, uneori, foarte mult. Fiind o trăsătură de personalitate, sugestibilitatea are o distribuție normală, gaussiană.

Explicațiile anterioare le dau îndeosebi studcnților mei și mai puțin sau deloc pacienților. Acestora din urmă le prezint testele de sugestibilitate ca *„experiențe imaginative".*

Deoarece s-a constatat - spun pacienților - că hipnotizabilitatea se află într-o strânsă relație cu imaginația, este util ca, înainte de a începe inducția hipnotică, să trăiască unele experiențe imaginative. încă de la început avertizez pacienții că nu există reacții pozitive sau negative, ci doar grade diterite de transpunere imaginativă, care mă ajută să-i cunosc mai bine.

Alteori prezint probele de sugestibilitate ca *„exerciții de aulocunoaștere".*

2. Testul mișcării brațului

Această probă este prezentată ca un „exercițiu de autocunoaștero". Pacienții primesc următorul consemn:

., Știți, deja, că atunci când mergem ne mișcăm brațele alternativ înainte-înapoi: când brațul drept se deplasează ușor In față. cel stâng se deplasează spre spate. De asemenea, există o coordonare între mișcările picioarelor și cele ale brațelor. Mișcarea alternativă a brațelor are ca scop menținerea echilibrului corpului în timpul mersului; dacă alergăm cu brațele strânse pe lângă corp, există o mai mare probabilitate de a ne împiedica decât atunci când alergăm mișcând brațele alternativ. Ați observat acest fapt ?". (Se demonstrează. Majoritatea pacienților afirmă că au observat, această mișcare.) *„De aceea am putea spune că brațele au tendința reflexă de a se mișca alternativ - când un braț se mișcă în față, celălalt are tendința de a se mișca înapoi! Nu știu dacă ați meditat până in prezent la acest lucru! De aceea, aș dori să descoperiți în ce măsură observați manifestarea acestui reflex în cazul dumneavoastră. Vom face acum următorul exercițiu de aulocunoaștere. Stați în picioare, relaxați, cu ochii închiși și cu brațele atârnând relaxate pe lângă corp. Mișcați ușor brațul drept în față {sau doar imaginativă că-l mișcați) și observați ce se întâmplă cu brațul stâng! Acesta are trei posibilități: să rămână nemișcat, să se miște (sau să aibă tendința de a se mișca) în aceeași direcție ca și brațul drept sau in direcția opusă mișcării brațului drept. Mișcarea brațului drept trebuie să fie nu prea amplă, de scurtă durată, timp în care veți observa mișcarea sau tendința spre. mișcare a brațului stâng. După efectuarea exercițiului deschideți ochii. "* (Se efectuează exercițiul.)

Se continuă apoi cu următoarele întrebări:

„ Spuneți ce mișcare sau tendință de mișcare ați observat ta brațul stâng : a rămas pe loc, s-a mișcat în aceeași direcție ca și brațul drept sau s-a mișcat în sens opus ?".

Foarte mulți dintre pacienții și studenții mei reacționează pozitiv la această probă, adică relatează că brațul stâng s-a mișcat (sau a avut tendința de a se mișca) în sens opus mișcării brațului drept.

Atunci când această probă se realizează cu studenţi, ea este un bun prilej de a le explica acestora reacţia la sugestie în termenii teoriei disonanţei cognitive (L. Festinger): cogniţiile noastre (informaţii, credinţe ctc.) sunt organizate într-un sistem. Când o informaţie nouă intră în acord cu acest sistem ea este uşor asimilată; dacă intră în disonanţă cu acesta, atunci avem tendinţa de a respinge noua informaţie sau de a o modifica pentru a intra în acord cu informaţiile anterioare şi cu credinţele noastre. De aceea, când administrăm o sugestie, ea arc o mai mare probabilitate de a fi asimilată dacă este consonantă cu credinţele şi informaţiile anterioare ale subiectului.

Prin urmare, dacă inducţia hipnotică, valorifică atitudinile, credinţele şi informaţiile pacientului privind hipnoza, atunci există o mai mare probabilitate ca aceasta să conducă la realizarea unei transe eficiente. în cazul în care subiectul nu are un set de credinţe şi informaţii care să faciliteze asimilarea sugestiei, terapeutul îi transmite mai întâi, într-o manieră neutră, o serie de informaţii fără a-i cere să reacţioneze în vreun fel şi, abia după aceea administrează sugestia care, în virtutea consonantei cu informaţiile transmise anterior, va avea o probabilitate crescută de a provoca reacţiile aşteptate de inductor. Procedeul este folosit în acest „exerciţiu de autocunoaştere" : mai întâi prezint „reflexul" mişcării alternative a braţelor - argumentând corespunzător existenţa lui, apoi lansez sugestia directă:

„descoperă cum anume se mişcă braţul stâng în cazul în care deplasezi uşor braţul drept în faţă! ".

3, Testul imposibilităţii ridicării braţului

Pacientul este aşezat pe scaun în faţa unui birou, cât mai aproape de acesta, astfel încât sa poată să ţină antebraţul drept pe suprafaţa biroului, într-o poziţie aproximativ paralelă cu latura biroului. Mâna stângă este şi ea aşezală pe suprafaţa biroului, formând un unghi de aproximativ 90° cu marginea acestuia. Subiectului i se adresează următorul consemn:

„Descoperă cât de mult poţi să-ţi relaxezi braţul drept! Sunt persoane care se pot relaxa mai bine închizând ochii, altele se gândesc la braţul lor ca la oricare dintre obiectele de pe birou, aflate în afara oricărei posibilităţi de control... Pe măsură ce braţul se relaxează, ai putea avea senzaţia că suprafaţa de contact dintre braţ şi birou creşte din ce în ce mai mult... Continuă să-ţi relaxezi braţul şi acordă-ţi timpul de care ai nevoie pentru aceasta... (se continuă cu sugestii de relaxare a braţului drept). *Când braţul drept va fi foarte relaxai, te rog să-mi semnalezi acest fapt printr-o uşoară mişcare a degetului arătător al mâinii stângi".*

După ce apare semnalul:

„Foarte bine 1... Descoperă cât de mult poţi adânci această stare de relaxare..."

După câteva momente spunem:

„ Dacă braţul drept este relaxat, şi aşa este pentru că mi-ai semnalat, atunci îţi va fi foarte, foarte greu... dacă nu chiar imposibil să-l ridici... Poţi încerca să-l ridici, dar dacă braţul drept este relaxat aşa cum mi-ai semnalat, atunci îţi va fi foarte, foarte greu... dacă nu chiar imposibil să-l ridici..."

Acest exercițiu evită dezvoltarea unei relații de competiție între pacient și terapeut și, prin utilizarea unui raționament ipotetic - *„dacă... atunci"* - provoacă clientului un conflict interior : ori clientul nu ridică brațul și atunci rămâne consonant cu semnalizarea anterioară conform căreia brațul este relaxat, ori ridică brațul - caz în care pacientul se contrazice pe el însuși deoarece acționează în dezacord cu informația transmisă de el anterior prin intermediul semnalizării. Trebuie observat și faptul că rezultatul așteptat nu a fost formulat în termeni categorici - *„nu poți ridica brațul!* **, ci într-o formă deschisă ambelor tipuri de reacții - neridicarea sau ridicarea brațului:

„...îți va fi foarte, foarte greu... dacă nu chiar...imposibil să ridici brațul! ".

4. Testul oscilației corpului

De cele mai multe ori utilizez acest test în două variante:
a) oscilația corpului la perete;
b) oscilația corpului într-o relație directă cu terapeutul.

a) Pacientul este așezat cu spatele la perete, la o distanță de aproximativ 15 cm de acesta și este instruit să stea cu picioarele apropiate și cu brațele relaxate întinse pe lângă corp. înainte de începerea propriu-zisă a exercițiului, pacientul este rugat să cadă de câteva ori, voluntar, pe spate pentru a se obișnui cu această mișcare, întrucât ea poate provoca uneori o ușoară anxietate. Dacă observăm rețineri evidente la căderea pe spate, atunci micșorăm distanța față de perete, micșorând astfel amplitudinea căderii. După ce ne asigurăm că pacientul se află într-o stare de confort și relaxare, îi transmitem următorul consemn:

„Te rog închide ochii și imaginează-ți că peretele te atrage pe spate cu forța unui magnet uriaș. Imaginează-ți că intre perete și corpul tău se dezvoltă o forță de atracție din ce în ce mai mare... atât de mare încât corpul are tendința de a cădea pe spate, lipindu-se de peretele care continuă să-i atragă... ".

După ce corpul începe să oscileze ușor, continuăm:

„Corpul relaxat are tendința de a cădea pe spate... Poți chiar vizualiza vectorii acestei forțe de atracție sau poți simți senzații specifice în zona umerilor...!Cazi pe spate... Corpul cade pe spate...".

în cazul în care subiectul nu cade pe spate discutăm despre capacitatea lui de a-și imagina situația sugerată, despre ce anume a gândit și simțit... Repetăm că nu există reacții bune sau rele, ci doar grade diferite de transpunere în situație, și că acest exercițiu ne ajută pe noi, ca terapeuți, să-l cunoaștem mai bine.
în cazul în care subiectul se lipește de perete continuăm:

„Foarte bine... Pe măsură ce peretele continuă să te atragă și corpul se relaxează din ce în ce mai mult... suprafața de contact dintre perete și corp crește și ea din ce în ce mai mult... atât de mult încât îți va fi foarte..., foarte... greu, dacă nu chiar... imposibil să revii în poziție verticală... Poți încerca..., dar cu cât încerci mai mult..., cu atât mai greu îți va fi să revii în poziție verticală...".

Această ultimă frază conține un joc de cuvinte frecvent întâlnit în probele de sugestibilitate și care accentuează diferența dintre *a încerca* și *a face*: încercarea implică cheltuirea de energie, dar fără transformarea ei în acțiune... Această disociere între a încerca și a face este accentuată de tendința inconștientului de receptare literală a mesajului precum și de sugestia care urmează :

„Peste câteva momente, când îți voi spune, vei putea să revii în poziție verticală, însă acum... cu cât încerci mai mult... cu atât mai greu îți va fi să revii în poziție verticală!..."

In ambele variante, dacă revenirea în poziție verticală este realizată pe neașteptate cu ajutorul terapeutului prin tragerea înspre în față a umerilor pacientului, atunci senzațiile de greutate a corpului și de atracție a acestuia de către perete vor fi trăite, pentru câteva momente, mai intens.

b) Varianta oscilației corpului în relație directă cu terapeutul are ca scop personalizarea relației cu clientul și este utilă mai ales cu pacienții care vin la terapie cu un mit despre hipnoză, în care investirea hipnotizatorului cu energie și putere deosebite ocupă un loc important. De data aceasta punctul central al exercițiului îl reprezintă sugestia că mâinile terapeutului îl atrag pe spate pe pacient, și nu peretele, ca în exercițiul anterior. §i, deoarece pacienții investesc în primul rând mâinile terapeutului cu o forță deosebită, este posibil ca această sugestie să activeze mai ușor - la unii pacienți - credințele magice asociate hipnozei.

Pacientului (care este bine să fie încălțat cu pantofi cu tocuri joase), așezat cu spatele la terapeut și cu corpul relaxat, i se administrează următorul consemn :

„Privește liniștit în față! Mai întâi te voi ruga sâ cazi voluntar pe spate. Eu sunt în spatele tău pentru a te susține. Cazi pe spate! ".

Această parte a exercițiului arc ca scop asigurarea unui sentiment de securitate în timpul căderii pe spate. Pentru a mări forța de susținere a pacientului, terapeutul poate face cu un picior un mic pas înapoi. Se repetă căderea voluntară pe spate de câteva ori, până când pacientul realizează mișcarea într-o stare de confort psihologic. Apariția repetată a unor rezistențe la indicația de a cădea pe spate poate fi semnalul unei lipse de încredere în terapeut și a unui nivel crescut de anxietate.

„Acum te rog sâ închizi ochii și să le relaxezi. In câteva momente îți voi cere să-ți imaginezi că vii pe spate, tți voi atinge ușor umerii cu mâinile mele și vei simți cum ele te atrag tot mai mult, tot mai mult pe spate..." (Se atinge ușor pacientul în zona umerilor.) *„Imaginează-ți ca începi să cazi pe spate, că o forță din ce în ce mai mare te atrage înapoi, pe spate. Brațele mele te atrag puternic pe spate cu forța unui magnet uriaș... Cazi pe spate... cazi pe spate și cu cât te opui acum mai mult acestei forțe, cu atât forța de atracție spre spate devine mai intensă... Cazi pe spate..."*

Testul se numește „Testul oscilației corpului", deoarece subiecții care au tendința de a se opune forței de atracție spre spate își înclina corpul în față; dar această înclinare dezechilibrează corpul, care va avea tendința să se echilibreze prin înclinarea spre spate. Se dezvoltă astfel o mișcare de oscilație. Dacă apare această oscilație este bine ca terapeutul să o verbalizeze:

„ Corpul începe să oscileze, dar cu cât te opui mai mult forței de atracție spre spate, cu atât aceasta devine mai intensă!...".

în lucrarea sa *General Techniques of Hypnotism* (1957), A. Weitzenhoffer face o descriere detaliată a acestui exercițiu, propunând mai multe variante de utilizare.

5. Pendulul lui Chevreul

Acesta este unul dintre cele mai vechi și mai cunoscute teste de sugestibilitate și poartă denumirea lui Chevreul care, în 1812, a fosl primul care a identificat adevărata natură a fenomenului ce stă la baza acestui (est. Pentru a evidenția relația care există intre corp și spirit, T.H. Schultz (1956) invocă, și el, un experiment asemănător pe care i-l atribuie lui R. Bacon (1926).

Pendulul este alcătuit dintr-o mică greutate sferică sau piramidală atârnată de un fir lung de aproximativ 25 cm. Pacientul va fi așezat în fața unui birou, cât mai aproape de acesta; antebrațul stâng se va sprijini relaxat pe birou, în timp ce brațul drept se va sprijini în cot, cu antebrațul ridicat aproape în poziție verticală. Pendulul va fi ținut între degetul mare și cel arătător al mâinii drepte și va atârna la o distanță de 1-2 cm de suprafața biroului. Pacientului i se poate administra următorul consemn:

„ Pe măsură ce te relaxezi respirând profund, concentrează-ți atenția asupra pendulului... și, pe măsură ce-l privești, vei observa, mai degrabă sau mai târziu, că el începe să se miște. La început se va mișca doar foarte puțin... apoi, din ce în ce mai mult... Privește pendulul... începe să se miște, să se balanseze... mișcarea continuă... Gândește-te la mișcarea pendulului... doar la mișcarea pendulului... și, pe măsură ce te gândești la această mișcare, pendulul se va mișca din ce în ce mai mult...". (Pendulul începe să se miște și, pe măsură ce avem o idee privind forma mișcării - în cerc, înainte-înapoi, dreapta-stânga, verbalizăm acest fapt.) *„Da... foarte bine... pendulul începe să se miște în cerc (înainte-înapoi, stânga-dreapta) ...și mișcarea lui devine din ce în ce mai amplă... din ce în ce mai amplă... Pendulul continuă să se miște fără să știi cum anume și de ce se mișcă... pendulul se mișcă pur și simplu doar concentrându-te asupra lui... și lăsându-l să se balanseze din ce în ce mai mult... Îți vine greu acum să oprești mișcarea pendulului... și, cu cât mai mult vei încerca să oprești pendulul, cu atât mai mult el se va mișca... "*

Acest exercițiu poate fi folosit și pentru „interogarea inconștientului" pacientului, în cazul în care pendulul va fi suspendai deasupra unei foi de hârtie pe care este desenat un cerc cu un diametru de 5-6 cm intersectat de două linii perpendiculare, reprezentând direcțiile de mișcare ale pendulului pentru răspunsurile „Da", respectiv „Nu" ; mișcarea circulară ar putea reprezenta un semnal pentru răspunsul „Nu știu".

Da

Nu

Putem adresa, de exemplu, inconștientului pacientului întrebarea:

„Dorește inconștientul tău să te conducă astăzi într-o transă hipnotică profundă '! ".

Mișcarea pendulului poale fi explicată în termenii ideomotricității. Comportamentele exterioare, observabile, au corespondențe interioare cognitive și afective, iar activarea unei emoții sau credințe poale conduce la activarea unor comportamente. Se vorbește, în mod frecvent, despre „limbajul corpului", cu ajutorul căruia exprimăm, într-o manieră inconștientă, ceea ce simțim sau gândim. Așa-num ițele „detectoare de minciuni" au la bază prelucrarea complexă a modificărilor psihofiziologice și comportamentale, uneori mai greu de observat cu ochiul liber, care însoțesc răspunsurile verbale ale subiectului.

6. Levitația brațului

Acest lest de sugestibilitate este, deseori, inclus în procedurile standard de inducție a hipnozei. Deoarece mulți dintre pacienți apropie hipnoza mai degrabă de somn și relaxare decât de somnambulism și dezvoltă, prin urmare, ideea unui comportament mai curând pasiv în timpul transei, reacția la acest test, care presupune inițierea unei mișcări, apare conform experienței noastre cu o frecvență mai mică. Oricum, consider că subiecții care reacționează pozitiv Ia acest lest pot fi considerați ca având un grad ridicat de sugestibilitate.

Pentru practicarea acestui exercițiu subiectul va trebui să sica comod pe un fotoliu, ținând mâna dreaptă pe coapsa piciorului. 1 se administrează următorul consemn:

„Af dori să stai in acest fotoliu (scaun) cât mai relaxat posibil... Pur și simplu relaxează-te și privește-li mâna. Concentrează-te intens asupra mâinii și ascultă-mi vocea. Peste câteva momente ai putea observa o senzație deosebită in mâna ta. Ar putea fi un fel de amorțeală ori furnicătură, sau o altă senzație. Nu contează prea mult ce anume senzație va apărea... în orice caz, braful tău se va mișca foarte curând... Cum anume nu aș putea să-ți spun. Ar putea să se miște vârful unui deget, degetul în întregime sau poate chiar mâna toată... Nu contează ce anume se va mișca... dar mâna ta este pe cale să se miște. Acum, pur și simplu, privește-ți mâna și concentrează-te asupra ei... Gândește-te la mișcarea care va începe... In curând mâna ta va începe să se miște... Simți cum mâna ta inițiază această mișcare... Mâna ta este pe cale să se miște. Se mișcă foarte puțin, abia perceptibil...". (Dacă mâna se mișcă, continuăm... *„Se mișcă din ce în ce mai mult...".) „Curând vei avea senzația că mâna și brațul tău devin mai ușoare... Pe măsură ce mă asculți, te concentrezi asupra mâinii tale care devine ușoară... mai ușoară... din ce in ce mai ușoară.,. și are tendința de a se ridica de pe picior. Ai putea avea senzația ca și cum brațul tău ar fi legal de un balon care-l ridică... îl trage în sus... din ce în ce mai sus... Braful tău devine din ce în ce mai ușor,., și greutatea lui scade... scade din ce în ce mai mult. E ca și cum o forță. îl trage în sus, îți trage mâna și brațul de pe piciorul tău... Poți simți cum mâna ta devine ușoară ca un fulg... plutește ușoară ca un fulg... O forță din ce în ce mai intensă îți trage mâna în sus și mâna ta se ridică... se ridică din ce în ce mai mult...* "

Este foarte important să observăm și să verbalizăm orice mișcare care apare în mâna și brațul pacientului. De pildă, dacă se mișcă ușor un singur deget, atunci spunem :

„ Unul din degetele tale tocmai a început să se miște... in curând tendința de mișcare va cuprinde întregul braț care va începe să se miște".

Sunt terapeuți care recomandă utilizarea *oricărei* mișcări, chiar dacă ea apare în altă parte a corpului, în construirea unor sugestii mai convingătoare:

„Observ că au început să se miște mai întâi... pleoapele tale... Descoperă cât de repede această tendință de mișcare va cuprinde și brațul tău... ".

Observând continuu subiectul, este foarte important să nu verbalizăm în mod repetat lucruri care, în mod evident, nu se produc.

A. Weitzenhoffer propune și următoarea variantă a acestui exercițiu. Mai întâi ne așezăm în fața subiectului și plasăm mâna noastră dreaptă la câțiva centimetri deasupra mâinii sale drepte, așezate pe coapsă sau pe o masă mai joasă aflată între noi. Apoi îi transmitem următorul consemn:

„Doresc să te relaxezi- Mai întâi simte-te confortabil și rekixează-te... Privește-ți mâna... Peste câteva momente mâna ta va începe să se ridice ușor ca și cum ar fi atrasă de mâna mea... Ai putea chiar să simți o forță atrăgând mâna ta către mâna mea. Mâna ta este pe cale să se ridice... 0 poți urmări cu privirea... O forță îți atrage acum mâna în sus... în curând nu vei mai putea să rezişti acestei atracții... Mâna ta se ridică, mâna ta se ridică încet, încet... dar sigur. Nu-ți mai poți ține mâna pe picior (masă.) din cauza acestei forțe irezistibile care. îți atrage mâna către mâna mea... Mâna ta se ridică, mâna ta se ridică încet, încet... ".

Imediat ce mâna începe să se miște, adăugăm:

„Privește-ți mâna, urmărește-o cu ochii tăi... etc. *Se ridică din ce în ce mai sus... mai sus...* etc."

Am putea recomanda subiecților ca în timpul exercițiului să privească la punctul situat între ochii noștri, și nu la mâna sa. De asemenea, în timpul administrării sugestiilor de levttație putem să executăm câteva „pase magnetice" pe suprafața superioară a mâinii subiectului ori, pur și simplu, să simulăm - atingându-i ușor mâna - gestul ridicării mâinii lui cu ajutorul mâinii noastre; în primul caz facilităm centrarea atenției subiectului asupra mâinii sale, în timp ce, apucându-i mâna și simulând ridicarea ei, putem determina o tendință involuntară de a veni în întâmpinarea mișcării noastre.

7. Catalepsia pleoapelor

Subiectul, așezat relaxat în fotoliu, cu ochii închiși, este atins în mijlocul frunții de către unul din degetele terapeutului. Menținând această poziție, îi adresăm subiectului următorul mesaj:

„Te rog să închizi ochii și, cu ochii ermetic închiși, întoarce globii oculari spre spate ca și cum ai dori să vezi vârful degetului meu așezat pe frunte. Păstrează în continuare ochii închiși, orientând globii oculari pe spate... Procedând astfel, vei descoperi că pleoapele tale devin din ce în ce mai grele și ochii din ce în ce mai ermetic închiși. Ochii sunt închiși din ce în ce mai ermetic, obosesc din ce în ce mai mult și pleoapele devin din ce în ce mai grele. Pleoapele se lipesc pur și simplu de globii oculari obosiți. Peste câteva clipe te voi ruga să încerci să deschizi ochii, dar vei descoperi cât de greu îți va fi să faci această mișcare, deoarece, pe măsură ce pleoapele devin din ce în ce mai grele, ele se lipesc de globii oculari. Pleoapele grele ca de plumb, amorțite, încremenite, acoperă ermetic globii ocukiri. In aceste

condiții îți va fi foarte, foarte greu... daca nu chiar imposibil să deschizi ochii, Poți ***încerca,*** *dar îți va fi foarte, foarte greu daca nu chiar imposibil să deschizi ochii... Atât de greu îți este să deschizi ochii. încât vei găsi di este mai bine sa nu mai încerci, deoarece, cu cât încerci mai mult, cu atât mai mult pleoapele devin mai grele si se lipesc mai tare de globii oculari obosiți... ".*

Mulți terapeuți consideră că orientarea globilor oculari pe spate face, cu adevărat, foarte dificilă deschiderea ochilor, deoarece realizarea acestor două mișcări implică mușchi opuși. Oricum, închiderea ochilor și imposibilitatea deschiderii lor sunt asociate cu intrarea în transă. De aceea, înainte de începerea exercițiului, în momentul în care solicităm închiderea ochilor îi putem spune subiectului:

.... *Rămâi liniștit și relaxat deoarece nu-(i voi induce o transă hipnotică... deocamdată...".*

Observați pauza și accentul pus pe *„deocamdată"* - care vehiculează, într-o manieră indirectă, posibilitatea intrării în transă mai târziu.

Manualele de hipnoză descriu și alte multe teste de sugcslibilitate (catalepsia brațului, apropierea sau depărtarea mâinilor, încleștarea degetelor etc. - a se vedea, de pildă, cartea lui A. Weitzenhoffer - *General Techniques of Hypnotism,* 1957). Testele descrise mai sus fac parte dintre cele mai frecvent utilizate. Este impomnt ca în faza de pregătire a subiectului să nu exagerăm prin utilizarea unui număr prea mare de teste de sugestibilitate și să începem cu cele la care subiecții au o mai mare probabilitate de a răspunde pozitiv, și în care și noi, ca terapeuți, credem mai mult!

CAPITOLUL IV

Caracteristicile limbajului hipnotic

1. Stiluri adresative

Comunicarea hipnotică are ca principal obiectiv mobilizarea resurselor inconştiente ale pacientului. Se spune deseori că soarta unui cuvânt nu depinde de gura care-l spune, ci de urechea la care ajunge. Acest principiu cslc cu atât mai valabil în hipnoză, şi tot mai mulţi cercetători ai domeniului, analizând diada inductor-indus, evidenţiază rolul deosebit al acestuia din urmă în crearea transei. Cuvintele hipnotizatorului nu sunt cuvinte magice care au o forţă intrinsecă sau care vehiculează puterea emiţătorului lor; cuvintele dobândesc o anumită putere doar dacă întâlnesc ceva anume în universul interior al pacientului: credinţe, aşteptări, experienţe etc.

începusem să practic hipnoza şi, spre surprinderea mea, unii dintre foştii colegi (psihologi) sau medici care au aflat despre efectele terapiei practicate de mine îmi solicitau „formulele" utilizate pentru inducţia transei! Puterea şi competenţa hipnoterapeutului nu se rezumă la „formule" verbale, ci la capacitatea acestuia de a stabili un raport psihologic adecvat, de a comunica verbal şi non-verbal cu pacientul; în inducţia transei, de foarte multe ori contează nu atât ceea ce-i spui pacientului, cât mai ales *cum* anume îi spui *(ce* anume îi spui se adresează conştientului în timp ce felul în care spui - *cum* - se adresează inconştientului).

Comunicarea hipnotică se poate realiza, în general, în două moduri fundamentale: direct şi indirect. Trebuie să înţelegem că acestea sunt extremele unui continuum şi că, în practică, avem grade de directivitate sau indirecţivitate; de asemenea, în timpul unei inducţii comunicarea directă se poate combina în proporţii variabile cu comunicarea indirectă.

1.1. Sugestiile directe

Sugestiile directe sunt formulate peniru a obţine efectele la care ne referim într-o manieră directă şi specifică (Weilzenhoffer). De pildă, pentru un bulimic sugestia terapeutică ar putea fi:

> „ *De acum înainte, când vei mânca, te vei sătura foarte repede fi mâncatul va deveni ceva neplăcut"* (Weilzenhoffer).

Formularea sugestiilor directe se poate realiza astfel încât să le asigurăm un grad variabil de permisivitate. Comparaţi următoarele formulări:

1. *„închide ochii! "*
2. *„Te rog, închide ochii! "*

3. *„Poți închide ochii! "*
4. *„Permite ochilor lai să se închidă! "*
5. *„Aș dori să închizi ochii! "*

Aceste formulări se situează pe un continuum care cuprinde un pol imperativ (1) și unul puternic permisiv (5); formularea nr. 4 are mari șanse de a dezvolta un comportament hipnotic, deoarece induce o anume disociere între ochi (care, obosiți, inai degrabă sau mai târziu se vor închide) și restul personalității care poate acorda permisiunea închiderii lor. Oricum, toate aceste formulări specifică foarte clar rezultatul așteptat, nu conțin nimic ascuns. Pentru creșterea permisivității acestor sugestii putem utiliza formule de tipul:

„mai degrabă sau mai târziu... ", „îți va fi foarte, foarte greu... sau chiar imposibil" etc.

Astfel, subiectul are o mai mare libertate de a produce răspunsul în ritmul Iui sau de a-1 produce doar parțial:

. . . . *mai degrabă... sau mai târziu... ochii obosiți se vor închide"*;
. . . . *îți va fi foarte... foarte greu... dacă nu chiar imposibil să deschizi ochii... ".*

Alteori sugestiile directe nu specifică doar rezultatul așteptat, ci și mijlocul care poate fi utilizat pentru obținerea lui:

„... Iți poți imagina că te afli într-un tren al timpului care te conduce într-o situație trăită cu mult... foarte mult timp în urmă ".

Sugestiile directe sunt tipice pentru hipnoza „tradițională". Ele pot fi eficiente în demersuri hipnotice ritualizate care intra în acord cu credințele subiectului privind forța „magică" a hipnozei. In plus, pacienții trebuie să fie puternic motivați și cu o anume tendință spre conformism.

Utilizarea sugestiilor directe implică unele probleme și dificultăți.

Nu întotdeauna este ușor să răspunzi unei sugestii directe. De cele mai multe ori acestea - ca de altfel toate sugestiile hipnotice - vizează obținerea unor răspunsuri involuntare, realizate fără participare conștientă. Este ușor să răspunzi unei cereri de forma:

„închide fereastra! " (dacă ai mâini §i picioare!),

dar este mai problematic să te conformezi cererii:

„Dorini!"

sau:

„Nu vei mai avea probleme",

sau în forma sa pozitivă:

„ *Te vei simți din ce în ce mâi bine! ".*

M. Erickson a subliniat caracterul paradoxal al inducției hipnotice evidențiind faptul că o acțiune realizată voluntar *(„relaxează brațul! "*) trebuie să fie urmata de un efect involuntar, spontan (*„... și-ți va fi foarte, foarte greu, dacă nu chiar imposibil să-l ridici...").* Pentru a rezolva acest conflict... pacientul intră în transă!

Sunt multe persoane care nu acceptă cereri imperative, directe. în societăţile care cultivă autoritatea terapeutului şi acceptă uşor o relaţie terapeutică puternic asimetrică, pacienţii sunt obişnuiţi sâ se conformeze cererilor terapeuţilor fără a se întreba în legătură cu legitimitatea şi valoarea terapeutică a acestora. In societăţile occidentale şi europene moderne - de tip pluralist şi democratic - autoritatea terapeutului este altfel percepută. Mulţi psihoterapeuţi au remarcat că sugestiile directe sunt mai eficiente la pacienţii internaţi. Puterea terapeutului este dublată de puterea instituţiei; în plus, pacienţii sunt în afara mediului lor socio-familial obişnuit şi securizant. De aceea, atunci când utilizăm sugestii directe trebuie să ne amintim că eficienţa lor depinde de context şi de puterea cu care ne investeşte pacientul. Dacă pacientul „rezistă" şi noi insistăm în administrarea unei sugestii, este foarte posibil să declanşăm un proces circular în care insistenţa alimentează rezistenţa. Dacă un pacient nu reacţionează la o sugestie directă într-un timp rezonabil, nu trebuie să insistăm sau să descriem comportamente care în mod evident nu se produc, pentru „a-1 ajuta" pe pacient. Astfel, dacă sugerăm unei persoane c3 „ochii obosesc şi se închid", iar pacientul nu manifestă nici un semn de oboseală sau tendinţa de a închide ochii, este inutil să continuăm să repetăm:

„ochii se închid... se închid...".

In astfel de situaţii, M. Erickson recomandă utilizarea rezistenţei. Cea mai bună metodă de eliminare a rezistenţei este încurajarea ei:

. . . . continuă sa //« ochii deschişi... probabil faci parte din categoria persoanelor care preferă să intre in transă cu ochii deschişi... ".

Referitor la rezistenţa activată de sugestiile directe, M. Erickson spunea că atunci când cerem cuiva ceva în mod direct trebuie să ne asumăm şi riscul de a fi refuzaţi. In cazul în care sugestia nu conduce la efectele aşteptate, ea poate induce o stare de disconfort atât terapeutului cât şi pacientului; dacă terapeutul ar putea depăşi relativ uşor această situaţie, pacientul va trăi, însă, efectul unui eşec suplimentar.

Sugestiile directe pot induce un grad sporit de disconfort atunci când solicită schimbări pentru care pacientul nu este pregătit. Constrângerea relativă, realizată de sugestiile directe, nu va fi suficientă pentru a obliga un pacient să execute un ordin care nu i-ar conveni, dar ar putea crea o anume tensiune şi ar putea fi la originea unor efecte neplăcute. Este ilustrativ cazul unuia din primii mei pacienţi căruia i-am administrat cu succes sugestia catalepsiei braţului drept şi a imposibilităţii mişcării lui; după şedinţa respectivă, pacientul a refuzat hipnoterapia, de teamă să nu rămână cu braţul drept ..paralizat". De aceea, sugestiile directe, mai ales cele care nu sunt explicit orientate spre simptom, trebuie administrate cu prudenţă şi, de asemenea, ele trebuie anulate în momentul scoaterii pacientului din transă.

A spune direct oamenilor ce trebuie să facă, aşa cuin se întâmplă în cazul sugestiilor directe, pentru rezolvarea problemelor lor, nu este totdeauna un demers util şi ar putea fi chiar o lipsă de respect pentru inteligenţa şi creativitatea lor. De multe ori aceştia ştiu ce trebuie făcut, dar au senzaţia că nu au resursele necesare.

Frecvent, hipnoterapia necesită un demers individualizat şi creativ. De aceea, un bun terapeut trebuie să ştie cum să combine resursele sugestiilor directe şi ale celor indirecte.

între avantajele sugestiilor directe menţionăm:

- pacientul percepe uşor relaţia dintre ele şi problema lui;

- menţin pacientul centrat asupra obiectivelor terapeutice ;
- provoacă o implicare directă a pacientului în procesul terapeutic ;
- pot furniza modele rezolutive pentru abordarea unor probleme viitoare în cadrul unor strategii de rezolvare, dezvoltate în mod conştient.

Pentru a mări eficienta sugestiilor terapeutice directe şi a preîntâmpina unele din dificultăţile menţionate, terapeutul trebuie să aibă în vedere câteva principii:

- Să formuleze sugestiile într-o manieră cât mai permisivă:

„*... poţi, dacă doreşti, să laşi pleoapele să acopere globii oculari...*";
.... *mai degrabă... sau mai târziu... ai putea simit o senzaţie de greutate în braţul drept...*".

Formularea acestor sugestii necesită mai multă experienţă din partea terapeutului. Avantajul lor este acela că lasă pacientului o mai mare libertate de a răspunde dimensiunii provocative a sugestiei.

- Sugestiile terapeutice trebuie să utilizeze resursele imaginative ale pacientului, reprezentările sale cu privire la natura fenomenului hipnotic, ideile referitoare la cauzele şi evoluţia bolii, credinţele magice ale acestuia. Astfel, dacă pacientul crede în „mitul energetic" al hipnozei, atunci sugestiile cu privire la diversele „energii" pe care transa hipnotică le poate mobiliza în pacient s-ar putea dovedi foarte eficiente.
- Sugestiile trebuie să fie sau să pară logice; sugestiile vor fi expresia condensată a unei interpretări, propusă de terapeut şi acceptată de pacient. Cazul clinic care urmează ilustrează eficienţa acestei recomandări.

Pacientul N.V., 25 ani, avocat. A solicitat psihoterapie datorită unui baloism care se manifesta în forme mai accentuate în timpul relaţiilor de serviciu cu maximă încărcătură psihică. Stabilirea sugestiei terapeutice a fost precedată de următorul demers explicativ:

- relaţiile de serviciu sunt, în general, foarte solicitante şi, de aceea, cu greu poate fi calm si relaxat; în plus, o relaxare prea mare l-ar putea face mai puun eficient;
- starea de tensiune psihică se exprimă în plan fizic prin încordarea unor grupe musculare ce perturbă funcţionarea normală a aparatului fonator, conducând la apariţia simptomului;
- deoarece cu greu s-ar putea înlătura total starea de tensiune psihică din timpul serviciului (şi nici nu ar fi indicat!), soluţia ar fi ca ca să fie descărcată prin încordarea altor grupe musculare, de pildă strângând pumnul stâng.

Astfel, în timpul transei hipnotice, pacientul repetă, calm, liniştit, următoarea sugestie terapeutică: *Jn orice împrejurare strâng pumnul stâng, cuvintele vin de la sine".* Pacientului i s-a prescris acest nou „simptom" care, în timpul serviciului ori în alte circumstanţe stresante, înlocuia simptomul iniţial. Terapia a durat aproximativ două luni si a condus la rezultate foarte bune.

1.2. Sugestiile indirecte

Sugestiile indirecte sunt cele care se rclaţionează într-o manieră sublilă, acoperită cu problema clientului sau cu răspunsul specific aşteptat. Ele sunt sugestii „deschise", „activatoare" (M. Erickson) şi îşi bazează eficienţa pe mobilizarea unor mecanisme şi resurse psihologice inconştiente. Ele nu servesc, uneori, decât pentru a antrena spiritul pacientului într-o direcţie pe care, în mod spontan, o evită, prin manipularea subtilă a unor

procese asociative. Dacă sugestiile directe își propun să introducă în mintea pacientului o anumită idee, sugestiile indirecte, deschise, își propun, dimpotrivă, să aducă la suprafață, să facă vizibil în comportamentul pacientului ceea ce se află deja în inconștientul lui.

Utilizarea sugestiilor indirecte solicită din partea terapeutului antrenament și o bună experiență clinică. După cum spunea M. Erickson. „sugestiile indirecte, făcute în timpul transei, funcționează ca niște chei ce sunt încercate rând pe rând pentru a activa procesele asociative în interiorul încuietorilor care sunt cadrele de referință ale pacientului".

T. Melchior (1994) distinge două modalități principale de manifestare a indirectivitâții: a *formei* sugestiei și a *conținutului* acesteia.

Caracterul indirect al formei este asigurat prin evitarea realizării unei propuneri sau a unei cereri directe, deși sugestia conține totuși comportamentul țintă. De pildă, dacă formulăm o sugestie permisivă de forma :

„Ai putea, dacă dorești, să lași pleoapele să-ți acâpere globii oculari",

transmitem totuși dorința ca pacientul să-și închidă ochii. Alta este situația în cazul formulărilor care urmează:

„... Nu știu dacă ochii au deja dorința să se închidă... și probabil nici tu nu știi încă momentul în care ochii vor dori să se închidă... și poți să-ți acorzi plăcerea de a descoperi că, pentru a te simți mai confortabil, poți chiar lăsa ochii tăi să se închidă".

Presupoziția este mijlocul principal pentru realizarea unor sugestii cu formă indirectă. Deși aceste sugestii sunt specifice hipnozei ericksoniene, ele sunt utilizate într-o anumită măsură și de hipnoza clasică, îndeosebi atunci când se vehiculează presupoziții legate de timp:

„Când mâna ta va atinge fruntea (se presupune că mâna va atinge fruntea), atunci se va petrece... " (de pildă: *„vei intra într-o transă profundă").*

Sugestiile cu un conținut indirect sunt practic absente în hipnoza tradițională. Caracterul indirect al conținutului este realizat prin comunicări referitoare Ia *altcineva* sau *altceva* decât la comportamentele a căror manifestare se dorește.

Astfel, sugestiile se pot referi la alte persoane, la reacțiile lor în situații similare:

„ Unele persoane se relaxează mai bine închizând ochii...",

sau:

„ Unele persoane trăiesc starea de relaxare ca o senzație de greutate..., altele ca o senzație de plutire sau căldură... Descoperă felul în care corpul tău trăiește starea de relaxare... ".

De obicei se utilizează presupoziții generale sau truisme. Se pot utiliza povești, analogii, metafore:

„ Unul din pacienții mei mi-a povestit că...". '

Atunci când conținutul sugestiilor se referă Ia *altceva,* ele pot lua fie forma unor enunțuri generale (truisme):

„... oboseala provoacă tendința de închidere a ochilor... ",
„încercarea de a păstra ochii deschiși esle dificilă după un anume timp... ",

fie forma evocării unor realităţi analoage comportamentului vizat:

„... noaptea când dormi, după ce ai închis ochii, începi să visezi- • - "-

După cum se observă, deja, metafora este unul dintre mijloacele frecvent utilizate pentru formularea unor sugestii indirecte din punct de vedere al conţinutului.

Utilizarea sugestiilor indirecte face termenul de rezistenţă caduc. într-adevăr, din moment ce pacientului nu i se cere nimic, el nu are în raport cu ce să-şi manifeste rezistenţa. Mai mult, în cazul sugestiilor cu conţinut indirect, pacientul chiar se poate întreba de ce terapeutul îi vorbeşte despre cu totul altceva decât despre el si problema sa. De aceea, uneori, un exces de indirecţivitate ar putea conduce pacientul la o percepţie nu tocmai pozitivă privind competenţa terapeutului.

Oricum, utilizarea sugestiilor indirecte este legitimată de faptul că nu doar partea conştientă este responsabilă de problemele pacientului, ci şi o altă parte mai profundă, numită în mod frecvent inconştient. Deşi sugestiile indirecte se infiltrează în spaţiul psihologic inconştient al pacientului într-o manieră subtilă, ocolind cenzurile logice ale conştientului, pacientului nu i se impune nimic; din moment ce sensul sugestiilor indirecte nu este univoc, pacientul este orientat spre o pluralitate de opţiuni. Acest tip de sugestii face din pacient un colaborator activ al terapeutului, întrucât îi stimulează un travaliu intern interpretativ şi creativ.

Tipurile de sugestii prezentate până acum pot fi situate pe un continuum (T. Melchior):

Sugestii **directe autoritare**	Sugestii **directe permisive**	Sugestii **indirecte d.p.d.v. al** formei	**Sugestii indirecte d.p.d.v. al conţinutului**

1.3. Ce tip de sugestii utilizăm?

Sugestiile utilizate în timpul hipnozei vor fi alese funcţie de personalitatea pacientului şi de obiectivul terapeutic urmărit. Am arătat deja că unul din obiectivele testelor de sugestibilitate utilizate în faza de pregătire a clientului pentru hipnoză este acela de a detecta ce tip de sugestii influenţează într-o manieră mai eficientă comportamentul pacientului.

Cu persoane caracterizate printr-o tendinţă accentuată spre conformism şi care se raportează la terapeut conform modelului medical al relaţiei medic-pacient, în care acesta din urmă se plasează de la început într-o poziţie pasivă, de ascultare şi supunere, sugestiile directe, mai mult sau mai puţin permisive, s-ar putea dovedi foarte utile.

Cu persoanele care suportă greu orice formă de autoritate şi care au tendinţa de a filtra raţional orice mesaj primit, sugestiile indirecte ar putea crea un cadru foarte bun pentru stimularea schimbării terapeutice.

Terapeuţii cu experienţă ştiu să găsească, funcţie de pacient, cel mai bun echilibru între cei doi poli direcţivism/indirectivism, combinând tipurile de sugestii prezentate. Prea mult directivism activează rezistenţe, prea mult indirectivism nscă să lase terapia fără obiective clare. Sunt multe obiective care pot fi atinse doar dacă se adoptă un demers dominant directiv: rezolvarea consecinţelor psihologice ale unei situaţii traumatice (regresie

de vârstă), managementul durerii, rezolvarea problemelor care necesită tehnici de dezorientare spațio-temporală.

Deși sunt mulți terapeuți care valorizează abordarea indirectă, trebuie să ne amintim de principiul formulat de J. Zeig; „Gradul de indirectivitate ar trebui să fie direct proporțional cu gradul de rezistență perceput" (1980).

De aceea, am putea spune că „ indirecțivitatea nu este o chestiune de principiu, ci, mai degrabă, o problemă de strategie și dozaj" (Melchior, 1994).

Totuși, trebuie să remarcăm faptul că abordarea unui stil direct sau indirect este determinată și de opțiunile teoretice ale terapeutului. Terapeuții diferă între ei funcție de rolul acordat *insight-alui* în procesul schimbării terapeutice. Terapeuții care consideră *insight-ul* absolut necesar pentru realizarea unei schimbări terapeutice autentice și acordă conștiinței rolul dominant în procesul terapeutic vor avea tendința să utilizeze mai degrabă sugestii mai apropiate de polul directiv (avantajele sugestiilor directe deja menționate clarifică mai bine această opțiune).

Alți terapeuți consideră că *insight-ul* nu numai că nu este necesar pentru realizarea schimbării terapeutice dar, în anumite situații, ar putea chiar să împiedice realizarea acesteia prin activarea unor rezistențe. Milton Erickson afirmă explicit: inconștientul poate rămâne inconștient! Aceștia vor avea deci tendința să utilizeze abordări dominant indirecte cu scopul mobilizării resurselor inconștiente ale pacientului.

Există riscul ca mulți terapeuți de orientare ericksoniană să utilizeze cvasiexclusiv doar abordări indirecte, uitând de recomandarea lui J. Zeig menționată mai înainte. Această atitudine ar putea fi expresia unor temeri. Mai întâi ar putea fi teama de eșec - am spus deja că, atunci când cerem direct ceva cuiva, trebuie să ne asumăm și riscul de a fi refuzați! Astfel de terapeuți se protejează de situațiile inconfortabile create de reacțiile pacienților neconforme cu eventualele sugestii directe utilizate, ascunzându-se in spatele unor „principii": „Pacientul știe cel mai bine de ce anume are nevoie" ; .Odată intrat în transă, pacientul își face propria terapie" etc.

O altă teamă își are originea în dorința terapeutului de a nu fi perceput ca autoritar și dominator. în fața unui pacient cooperant, relaxat și binevoitor, o atitudine directivă, autoritară, induce Ia unii terapeuți o anume disonanță și disconfort. Aceștia devin prizonierii temerilor lor, evitând orice comportament care ar putea provoca neplăceri pacienților lor.

O bună formare în psihoterapie trebuie să-i conducă pe terapeuți în situația de a-și asuma responsabilitatea influențării pacienților în direcția unor obiective stabilite într-o manieră colaborați vă chiar dacă, abandonând beneficiile simptomului, aceștia ar putea manifesta temporar sentimente nu tocmai pozitive față de ei.

2. Structura sugestiilor

2.1. Sugestii pozitive

Mulți cercetători ai domeniului afirmă că inconștientul nu operează cu negații, ci doar cu j ritmații. De aceea, foarte multe dintre sugestiile utilizate pentru inducția transei și în >jop terapeutic au o formă afirmativă, pozitivă. Cuvintele actualizează gânduri, imagini, emoții si facilitează reconstituirea în plan mental a situațiilor și experiențelor care vor ..institui obiectul travaliului terapeutic. Cuvintele pot nu doar să *descrie* realități prezente,

trecute sau viitoare, ele pot *crea* realităţi psihologice unice în măsura în care reuşesc să mobilizeze credinţe, atitudini, aşteptări... In timpul transei, când pacientul permcabilizează graniţa dintre real şi imaginar, când procesele imagistice, afective şi creative sunt în mod deosebit active, sugestiile suportive, cele care încurajează pacientul să trăiască sau să experimenteze ceva dezirabil, să identifice alternative la „harta" sa asupra realităţii, devin deosebit de eficiente.

Iată câteva exemple de sugestii pozitive:

„... pe măsură ce respiri... te simţi din ce în ce mai relaxai în fotoliul confortabil în cure te afli...";

„... poţi descoperi în Interiorul tău resurse de care ai putea să te miri tu însuţi...";

„... poţi auzi ceea ce se întâmplă în jurul tău... mintea ta conştientă ar putea să-şi pună anumite întrebări şi să fie atentă la amănunte... în timp ce mintea ta inconştientă ştie cu adevărat ceea ce este important pentru tine acum... ";

„... poţi observa apariţia în corpul tău a senzaţiilor plăcute de relaxare...".

Când sugerăm imposibilitatea realizării unei acţiuni (de pildă ridicarea braţului), este bine să utilizăm formulări pozitive:

.... îţi va fi foarte... foarte greu, dacă nu chiar imposibil, să ridici braţul...".

Formulările negative de tipul:

„ *Nu po{i ridica braţul!"*

ar putea declanşa o relaţie de competiţie între pacient şi terapeut.

2.2. Sugestii negative

Sugestii'c negative au, oarecum, un efect paradoxal: noi nu putem nega, elimina decât ceea ce avem deja! Dacă vă voi spune:

„Nu vă gândiţi la o prăjitură mare! ",

mai întâi vă va apărea în minte imaginea prăjiturii, apoi veţi declanşa lupta împotriva ei şi, cu cât veţi lupta mai mult, cu atât imaginea va deveni mai persistentă pentru că, nu-i aşa, nu poate exista luptă fără adversar!

Interdicţiile vehiculate de negaţii activează tendinţa structurală a omului de a le încălca (tendinţa descrisă metaforic de povestea biblică a mărului din grădina Edenului. de conceptul psihanalitic exprimai prin metafora Iui Oedip etc). De aceea, sugestiile negative pot fi utilizate pentru a induce anumite manifestări sugerând persoanelor să *nu* acţioneze în direcţia dorită de noi. De pildă:

„... nu vă gâniliţi la senzaţia de relaxare care se furişează acum în braţul drept... "

sau:

„... nu lua încă în consideraţie faptul că problema ta poate fi rezolvată...",

„... nu te gândi încă la momentele plăcute petrecute cu mult timp înainte... " etc.

Se poate întâmpla ca sugestiile negative să fie utilizate într-o manieră naivă şi accidentală şi să conducă la efecle nedorite, în timp ce terapeutul se poate întreba unde

a greşit. Exemplul care urmează este extras dintr-un scenariu de inducţie propus de A. Weitzenhoffer (1957, pp. 217-218):

.... nu ai nici o teamă de hipnoza deoarece ea este doar benefică pentru tine... Ştii că nu-ţi poate face nici un rău... Nu te vei trezi până nu-ţi voi spune eu sau în cazul în care s-ar întâmpla ceva cu mine ori viaţa [i-arft în pericol... ".

Interdicţiile vehiculate de negaţii şi descrierea situaţiilor nedorite ar putea conduce la efectul contrar celui aşteptai de terapeut.

2.3. Sugestii referitoare la conţinut

Fie că sunt pozitive sau negative, sugestiile care vehiculează diverse conţinuturi experiencţiale abundă în detalii, descriu într-o manieră analitică senzaţii, gânduri, amintiri, emoţii, sentimente. Prin furnizarea acestor detalii facilităm reconstruirea şi trăirea intensă şi completă de către subiect a unor experienţe.

Exemplu:

„Te laşi legănat de foşnetul monoton al valurilor ce mângâie nisipul fierbinte al plajei pe care stai întins... Corpul întreg este îmbrăţişat de razele fierbinţi ale soarelui, toropit de nisipul cald care te înconjoară... O briză uşoară îţi mângâie fruntea, răcorind-o...".

Utilizând aceste detalii stimulăm pacientul să plonjeze intens în experienţa descrisă de noi. Există însă riscul ca să obţinem uii efect contrar: cu cât descrierile noastre sunt mai detaliate, cu atât probabilitatea ca ele să nu se potrivească cu experienţele trăite de pacient este mai mare. Referindu-ne la exemplul anterior, este posibil ca pacientul să aibă experienţe negative în legătură cu marea sau să aibă tendinţa de a evita soarele puternic etc.

Sugestiile pline de detalii sunt utile pentru trăirea profundă a unor experienţe, eu condiţia ca terapeutul să aibă informaţii anterioare privind aceste experienţe ori în cazul în care terapeutul poate recepta indicatorii adecvaţi (răspunsuri ideodinamice) pe parcursul dezvoltării transei şi, utilizând acest feedback, poate asisia adecvat clientul.

2.4. Sugestii referitoare la procese

Spre deosebire de sugestiile precedente, acestea nu se referă la detaliile experienţelor, ci la procesele pe care ele le implică. Sugestiile referitoare la procese au o mai mică probabilitate de a intra în dezacord cu experienţele pacientului, deoarece ele fixează doar cadrul general care permite trăirea experienţei; ele nu furnizează imaginea plină de detalii, ci doar procesele generale implicate în construcţia imaginii.

Pentru alcătuirea unor astfel de sugestii este util să ne amintim de submodalitaţile senzoriale descrise de programarea neurolingvistică.

- Submodalităţi vizuale (dimensiuni implicate în construcţia unei imagini vizuale):
  - caracterul asociat (văzută eu ochii proprii) sau disociat (mă văd privind ; privirea orientală spre sine);
  - culoare/alb, negru;
  - profunzime (două sau trei dimensiuni) ;

- lateralizare (stânga - dreapta; sus - jos);
- distanța între sine și imagine;
- luminozitate;
- contrast;
- claritate;
- mișcare;
- viteză;
- număr.

• Submodalități auditive:
- mono/stereo;
- cuvinte/sunete/zgomote;
- volum;
- ton (blând, dur);
- timbru;
- localizarea sunetului;
- distan(a sursei sonore;
- durată;
- continuitate/discontinuitate;
- viteză:
- claritate.

* Submodalități (anestezice:
- localizare;
- intensitate;
- presiune (puternică, slabă);
- mărime ;
- textură (aspră, dulce);
- greutate (ușor, greu);
- temperatură;
- durată;
- formă.

Ținând cont de aceste modalități putem formula sugestii care vor construi doar un cadru ce va permite reconstituirea de către client a experienței sale.

Astfel putem spune:

„...te afli într-un loc în care te sintli foarte bine... In jurul tău suni lucruri pe care le vezi... unele imagini sunt mai apropiate... altele mai îndepărtate... ar putea fi colorate sau poate nu. clare sau difuze... Auzi liniștea... ori poate cuvinte... sunete... zgomote... ".

Alte sugestii din această categorie ar putea lua forma următoare:

„... ai putea avea o anumită amintire din copilărie, una la care nu te-ai mai gândit de foarte, foarte mult timp...";
„... o senzație plăcută i[i cuprinde corpul profund relaxat..." ;
„... un anume sunet prinde contur din ce în ce mai clar... ".

Observați în exemplele de mai sus cuvinte cu un conținut foarte general („amintire", „senzație", „sunet") care pot deveni semnale pentru experiențe specifice trăite de client.

Unii pacienți se recunosc atât de bine în aceste descrieri, încât sunt mirați cum de am intuit experiențele pe care aceștia le-au trăit.

Sugestiile referitoare la procese se referă la structura experienței, în timp ce detaliile acestei experiențe sunt furnizate de sugestiile referitoare la conținut. Structurile și procesele sugerate pot conduce la o reorganizare a conținutunlor experiențelor anterioare ale subiectului cu consecințe importante asupra comportamentului rezolutiv al acestuia. Procesele sugerate pot activa selectiv detalii, conținuturi experiențiale inconștiente, multiplicând alternativele de re formulare a problemelor și soluțiilor.

2.5. Sugestii posthipnotice

Sugestiile posthipnotice sunt administrate în timpul transei și au ca scop activarea unor comportamente, gânduri, emoții (a un anumit timp după ce subiectul a ieșit din transă. Acest tip de sugestie face parte integrantă din procesul terapeutic. într-adevăr, în afara unor efecte posthipnotice asupra comportamentului subiectului, hipnoza ar fi total ineficientă ca instrument terapeutic. Deseori, utilizez în transă următoarele sugestii posthipnotice cu caracter oarecum general:

. . . . *deși corpul tău* va *reveni în scurt timp la starea de veghe, inconștientul tău va continua să lucreze pentru tine... In zilele următoare s-ar putea sâ-{i vină în minte gânduri si imagini aparent fără nici o legătură cu naivitatea pe care o desfășori, fără să știi de ce... sau lucruri, situații care până atunci ți se păreau confuze și fără sens să-ti apară dintr-o dată clare și coerente, fără să știi. cum și de ce... ori, poate... lucruri pe lângă care ai trecut de atâtea ori până acum să le vezi dintr-o dată altfel... ca și cum le-ai vedea de la un alt nivel... Rămâi curios în legătură cu toate acestea... ".*

Acest tip de sugestie posthipnotică creează așteptări pozitive cu privire la apariția unor *irtsight-ur'i* și resemnificări spontane - așteptări care se transformă în predicții ce se autoîmplinesc.

Alte sugestii posthipnotice se referă la intrarea într-o transă mai profundă cu ocazia ședinței viitoare. însă cele mai multe sugestii posthipnotice vizează dispariția sau diminuarea simptomului ori rezolvarea unor probleme:

. . . . *când te vei prezenta la examen, vei închide ochii, vei respira profund și vei observa cum anxietatea se risipește pe măsură ce respiri...*".

Sugestiile posthipnotice pot fi combinate cu progresiile de vârstă. Unui pacient cu mutism psihogen i-am sugerat să se plaseze într-un viitor apropiat în care problema sa nu mai există. Utilizând tehnica semnalizării ideomotorii, am identificat că acest viitor se plasează la trei săptămâni de la data ședinței de hipnoză. înainte de ieșirea din transă, i-am repetat de mai multe ori sugestia :

„*... peste trei săptămâni inconștientul tău te va conduce la starea de echilibru psihologic care iți va permite să vorbești normal, firesc, fără efort, de la sine...*".

Deseori, terapeuții asociază sugestiile posthipnotice cu amnezia, ea însăși un efect posthipnotic, deoarece aceasta favorizează actualizarea comportamentelor sugerate în timpul transei, diminuând rezistența conștientă a subiectului.

3. Elementele specifice limbajului ericksonian

In hipnoterapie este deosebit de important să comunicăm atât cu partea conştientă a pacientului, cât şi cu inconştientul acestuia pentru a reactiva resursele latente neutilizate. Limbajul ericksonian, numit deseori şi limbaj (model) miltonian (Tenenbaum, 1996; O'Connor, Seymour, 1995) este opus limbajului analitic, raţional, secvenţial şi precis. El este în mod deliberat vag, creează doar un cadru care permite subiectului să-şi proiecteze experienţele sale, credinţele, aşteptările ctc. De cele mai multe ori, cuvintele utilizate de M. Erickson provoacă o căutare internă, inconştientă. De aceea prezint deseori pacienţilor mei hipnoza ca fiind o formă de introspecţie profundă.

Limbajul ericksonian vehiculează mesaje care se adresează conştientului şi inconştientului ţinând cont de faptul că limbajul accesibil emisferei stângi este limbajul conştientului, iar cel accesibil emisferei drepte este limbajul inconştientului (a se vedea capitolul destinat inconştientului).

Vom prezenta în continuare câteva modalităţi de comunicare specifice limbajului ericksonian.

3.1. Vocea

M. Erickson avea o voce foarte profundă, gravă şi, câteodată, greu de auzit (o consecinţă a poliomelitei). El a transformat acest handicap într-o resursă, descoperind că, modificând ritmul, intensitatea, claritatea şi intonaţia vocii, putea să se adreseze în acelaşi timp conştientului şi inconştientului pacientului (am amintit deja că în hipnoză este deseori mai important *cum* spui decât ceea *ce* spui). Lipsa de claritate a vorbirii face din aceasta un adevărat test proiectiv[3]. De altfel, M. Erickson obişnuia să spună:

„în vocea mea vei putea asculta
murmurul vântului,
foşnetul frunzelor...
şi apoi vocea mea va deveni cea a unui vecin,
a unui adult care fi-e prieten, a unui părinte, a unui cunoscut... " (S. Roscn, 1982).

Se vorbeşte deseori despre o „voce analogică" ; este vocea care, prin caracteristicile sale induce starea de relaxare şi căutare internă. Cea mai mare dificultate relatată de studenţii mei (medici, psihologi), care se pregătesc în domeniul hipnoterapiei, este controlul vocii astfel încât ea să exprime ceea ce doresc ei să exprime. Credinţele şi îndoielile terapeutului, atitudinea lui mai mult sau mai puţin conştientă faţă de pacient şi problema lui se exprimă în vocea acestuia. Putem induce hipnoza în timpul convorbirii cu clientul, utilizând îndeosebi caracteristicile vocii. O pacientă, simţind că starea ei se modifică în timpul convorbirii m-a şi întrebat surprinsă : *„Cum faceţi asta ?* ".

3. Este important să ne amintim că persoanele care utilizează descântece au intuit acest fapt. De altfel, credinţa populară spune că, dacă descântecul este spus foarte clar nu mai are efectul aşteptat. De aceea, de cele mai muttc ori descântecul este receptat ca o bolboroseală greu inteligibilă, presărată din când în când cu cuvinte (cheie) spuse mai clar.

Dc cele mai multe ori, terapeutul utilizează o voce cu intensitate scăzută care devine repede asemenea unui susur monoton, familiar şi sceurizant; accentele puse pe unele ev inie declanşează diverse lanţuri asociative inconştiente, orientând subtil clientul în cirecţia dorită de terapeut; cuvintele pronunţate doar pe expiraţie dau repede senzaţia _nei legănări relaxante... Mişcându-ne capul când vorbim putem da vocii diverse localizări '-. spaţiu sau grade de intensitate - cu efecte subtile asupra disocierii conştient-inconştient.

5.2. Truismele

Truismele sunt, probabil, cele mai simple sugestii. Ele conţin enunţuri referitoare la comportamente atât de frecvent trăite de fiecare din noi, încât cu greu ar putea fi negate. Enunţarea lor induce o stare de acceptare. în plus, datorită potenţialului ideodinamic al cuvintelor, truismele cresc probabilitatea ca pacientul să se angajeze în manifestarea comportamentelor respective.

Exemplu:

„... tu deja. ştii cum să trăieşti senzaţii plăcute, precum senzaţia de căldură, provocată de razele soarelui în contact cu pielea corpului tău... ".

Truismele au şi alte funcţii în afara inducerii unei stări de acceptare. Astfel, ele pot 3ctiva o serie de asociaţii ideomolorii sau ideosenzoriale pe care pacientul Ie-a interiorizat. Acest fapt stimulează comportamentul automat, inconştient:

,.... fiecare dintre noi are experienţa aplecării capului pentru a răspunde «da» sau a clătinării lui pentru «nu»... chiar fără să ne dăm seama de aceste mişcări..." (Erickson, Rossi, 1976, p. 21); *.... pe măsură ce ne simţim obosiţi, ochii încep să clipească încet şi se închid fără ca noi să ne dăm seama... ".*

Procesele ideomotorii şi ideosenzoriale stau la baza multor fenomene intra-hipnotice ji ele pot fi uşor măsurate cu ajutorul unor dispozitive adecvate. Tehnicile dc biofeedback utilizează tocmai astfel dc răspunsuri amplificate de un instrumentar electronic performant.

Truismele pot evoca şi utiliza o scrie de automatisme mentale, asociaţii şi experienţe dobândite de-a lungul întregii vieţi:

.... ştii deja că atunci când dormi, inconştientul tău poale visa";
.... poţi uita uşor aceste vise când te trezeşti din somn... " (Erickson & Rossi, 1976, p- 21).

Truismele activează mecanismele bazaie ale sugestiei hipnotice; adevărurile simple pe care le conţin evocă asociaţiile condiţionate într-o manieră foarte vie, intensă. In acest context, Erickson afirmă : „Sugestia este procesul evocării şi utilizării resurselor potenţiale şi a experienţei de viaţă, care sunt deja prezente în subiect, dar, probabil, în afara capacităţii sale obişnuite de control. Sugestia terapeutică ajută pacienţii să dobândească accesul la propriile asociaţii şi abilităţi de rezolvare a propriilor lor probleme" (Erickson & Rossi, 1976, p. 22).

Truismele pot structura într-un anumit fel timpul, facilitând pacientului racordarea la propriul ritm. Astfel, în Ioc să spunem pacientului:

„Durerea ta a dispărui"

(formulare prea directă care poate activa rezistenţe), putem spune:

De cele mai multe ori, terapeutul utilizează o voce cu intensitate scăzută care devine repede asemenea unui susur monoton, familiar şi securizam; accentele puse pe unele cuvinte declanşează diverse lanţuri asociative inconştiente, orientând subtil cfientul în direcţia dorită de terapeut; cuvintele pronunţate doar pe expiraţie dau repede senzaţia unei legănări relaxante... Mişcându-ne capul când vorbim putem da vocii diverse localizări în spaţiu sau grade de intensitate - cu efecte subtile asupra disocierii conştient-inconştient.

3.2. Truismele

Truismele sunt, probabil, cele mai simple sugestii. Ele conţin enunţuri referitoare la comportamente atât de frecvent trăite de fiecare din noi, încât cu greu ar putea fi negate. Enunţarea lor induce o staTc de acceptare. In plus, datorită potenţialului ideodinamic al cuvintelor, truismele cresc probabilitatea ca pacientul să se angajeze în manifestarea comportamentelor respective.

Exemplu:

..... tu deja ştii cum să trăieşti senzaţii plăcute, precum senzaţia de căldură, provocată de rozele soarelui în contact cu pielea corpului tău... ".

Truismele au şi alte funcţii în afara inducerii unei stări de acceptare. Astfel, ele pot activa o serie de asociaţii ideomotorii sau ideosenzoriale pe care pacientul le-a interiorizat. Acest fapt stimulează comportamentul automat, inconştient:

„... fiecare dintre noi are experienţa aplecării capului pentru a răspunde «da» sau a clătinării lui pentru «nu».,, chiar fără să ne dăm seama de. aceste mişcări..." (Erickson, Rossi, 1976, p. 21); *„...pe măsură ce ne simţim obosiţi, ochii încep să clipească încet şi se închid fără ca noi să ne dăm seama...".*

Procesele ideomotorii şt ideosenzoriale stau la baza multor fenomene intra-hipnotice şi ele pot fi uşor măsurate cu ajutorul unor dispozitive adecvate. Tehnicile de biofeedback utilizează tocmai astfel de răspunsuri amplificate de un instrumentar electronic performant.

Truismele pot evoca şi utiliza o serie de aulomatisme mentale, asociaţii şi experienţe dobândite de-a lungul întregii vieţi:

„... ştii deja că atunci când dormi, inconştientul tău poate visa ";
.... poţi uita uşor aceste vise când te trezeşti din somn..." (Erickson & Rossi, 1976, p. 21).

Truismele activează mecanismele bazale ale sugestiei hipnotice; adevărurile simple pe care le conţin evocă asociaţiile condiţionate într-o manieră foarlc vie, intensă. In acest context, Erickson afirmă: „Sugestia este procesul evocării şi utilizării resurselor potenţiale şi a experienţei de viaţă, care sunt deja prezente în subiecl, dar, probabil, în afara capacităţii sale obişnuite de control. Sugestia terapeutică ajută pacienţii să dobândească accesul la propriile asociaţii şi abilităţi de rezolvare a propriilor lor probleme" (Erickson & Rossi, 1976, p. 22).

Truismele pot structura într-un anumit fel timpul, facilitând pacientului racordarea la propriul ritm. Astfel, în loc să spunem pacientului:

„Durerea ta a dispărut"

(formulare prea directă care poate activa rezistenţe), putem spune :

„Durerea ta (sau orice altă problemă) *va dispărea imediat ce corpul tău va fi pregătit pentru aceasta".*

Aceeași structură au și sugestiile:

„... mai degrabă sau mai târziu, mâna ta se va ridica încet (ochii se vor închide etc;)";
„... aceasta se va întâmpla imediat ce vei fi pregătit. Vei permite inconștientului tău să-și ia răgazul de care are nevoie pentru aceasta".

Truismele pot fi utilizate și pentru facilitarea regresiei de vârstă :

„... când ai fost în clasa I, învățarea literelor și numerelor părea să fie o sarcină greu de rezolvat... Să recunoști litera A, să deosebești pe M de N, pe Q de O era foarte, foarte greu...".

3.3. Implicația

Implicația (sau presupoziția) este una din formele limbajului indirect, frecvent utilizată de M. Erickson. Pentru acesta, implicația psihologică este o modalitate psihologică eficientă de a orienta, într-o manieră subtilă, procesele asociative într-o direcție predicii - bilă, depășind limitele conștiente ale pacientului. Deseori, implicațiile sunt construite într-o manieră condițională: *„dacă..., atunci...*":

„Dacă te vei așeza comod în fotoliu, atunci vei intra mai ușor în transă...".

De obicei, propoziția condițională introduce condiții acceptabile și atât de ușor de realizat, încât induce subiectului o atitudine de acceptare față de afirmația introdusă de propoziția următoare. Prin acest procedeu, terapeutul se referă la ceea ce sugerează ca la un fapt deja realizat sau ușor realizabil:

„... când vei dori, vei putea închide ochii..." (implicația - persoana va dori);
„Când vei trăi senzații de care nu erai conștient mai înainte (presupoziția - vei trăi senzații noi)*... contactul corpului cu fotoliul... poziția mâinilor... vei ști că inconștientul tău este pe cale să organizeze resursele tale pentru a face ca munca noastră să fie eficientă... "* (presupoziția - inconștientul tău va lucra pentru tine fără să-ți dai scama).

Cuvintele sunt stimuli care activează asociații; ele sunt la originea răspunsurilor ideodinamice, autonome. In orice implicație, terapeutul furnizează stimuli, direcții, iar pacientul construiește într-o manieră inconștientă, nemediată rațional, răspunsuri. în exemplele anterioare introduse prin *„când...*", terapeutul se referă la faptele sugerate ca la comportamente „normale" (în contextul relației terapeutice), pacientul având (doar) libertatea de a alege momentul manifestării lor. Iată alte exemple din această categorie prin care terapeutul exprimă implicit o presupoziție optimistă:

„... când vei rezolva problema... ", „când î(i vei regăsi liniștea... ".

Utilizând negații paradoxale, terapeutul se plasează într-o poziție inferioară, provocând astfel inconștientul pacientului să ia inițiative:

„... nu știu dacă astăzi vei intra într-o transă hipnotică direct sau progresiv" (presupoziția - vei intra în transă);

„.,. nu știu cum anume inconștientul tău va descoperi soluția și nici în ce moment... " (presupoziția - vei avea *o* soluție).

Alteori, implicațiile pot fi exprimate cu ajutorul unor clemente paraverbalc. în exemplul următor pauza joacă un rol important:

„Este evident că nu ai intrat în transă... deocamdată".

Prima propoziție conține un truism și, prin urmare, o afirmație ușor de acceptat, în timp ce cuvântul „deocamdată", pronunțat după o scurtă pauză, contrazice afirmația interioară și exprimă implicația că transa poate începe din momentul pronunțării cuvântului.

3.4. Sugestiile deschise

Erickson oferea pacientului numeroase posibilități de răspuns, din care pacientul sau, mai exact, inconștientul acestuia putea alege ceea ce era cel mai potrivit pentru el. Procedând astfel, Erickson realiza următoarele trei obiective:

- elimina orice posibilitate de insucces, din moment ce toate răspunsurile la sugestii erau definite ca fenomene hipnotice admisibile ;
- explora capacitatea de răspuns a subiectului de a furniza comportamente care puteau fi utilizate în scopuri terapeutice;
- menținea subiectul ancorat în situația hipnotică, din moment ce orice manifestare a subiectului era definită ca fiind de tip hipnotic.

Iată un exemplu de astfel de sugestie care, în linii mari, urmează structura unei sugestii prezentate de Erickson în lucrarea sa *Hypnotic Realities* (Erickson & Rossi, 1976, p. 77):

„Acum, când intri în această cameră, tu aduci cu tine deopotrivă mintea ta conștientă și cea inconștientă... De aceea tiu mă interesează faptul dacă mă asculți sau nu cu mintea ta conștientă, deoarece oricum ea nu-ți înțelege problema, altfel nu te-ai afla aici, ... prin urmare doresc să vorbesc inconștientului tău care este aici, suficient de aproape pentru a mă auzi. •. Pop lăsa deci mintea ta conștientă să asculte zgomotul străzii, zgomotele camerei în care te afli sau din camerele alăturate... Sau pop să meditezi asupra oricărui gând care îți trece prin mintea ta conștientă, gânduri mai mult sau mai puțin coerente, deoarece tot ceea ce doresc este să vorbesc inconștientului tău, și el mă va asculta, deoarece poate să mă audă chiar dacă în acest timp mintea ta conștientă se va plictisi... și știi că plictiseala conduce la dezinteres, lipsă de concentrare a atenției sau, chiar, somn...".

Observăm ușor cum orice manifestare a minții conștiente este definită ca răspuns hipnotic valid și faptul că sugestia prezentată cuprinde o serie de forme ale limbajului indirect ericksonian: truisme, disocieri, implicații, duble legături și, în final, o modalitate de depotențializare a conștiinței cu ajutorul plictiselii.

Deseori, sugestiile deschise sugerează într-o manieră generală existența resurselor necesare rezolvării problemelor, lăsând pacientului libertatea de a le identifica în propriul său fel:

*„Noi avem multe capacități de care nu suntem conștienți și nu știm, în mod obișnuit, cum se vor exprima... spiritul tău poate trece în revistă mai multe senzații, amintiri și gânduri în legătură cu această problemă... dar nu vei ști... **încă** ce anume va fi util pentru rezolvarea*

problemei cu care te confrunți. Te poți surprinde parcurgând trecutul, prezentul și viitorul, în timp ce inconștientul tău alege modurile cele mai potrivite pentru a se ocupa de această problemă ".

3.5. Sugestiile care acoperă toate posibilitățile unei clase de răspuns

Foarte apropiate de sugestiile deschise sunt cele care acoperă toate posibilitățile unei clase de răspuns. In timp ce primele consideră orice răspuns ca fiind un răspuns hipnotic valid, cele din a doua categorie restrâng răspunsurile valide Ia o singură clasă din care clientul poate alege. Astfel, terapeutul are posibilitatea de a orienta comportamentul clientului într-o anumită direcție.

în timpul inducției utilizez frecvent sugestii de tipul:

„... sunt persoane care trăiesc starea de relaxare ca o senzație de greutate, sau de plutire ți amorțeală ușoară, în timp ce altele ca o senzație plăcută de căldură care difuzează treptat, treptat în întregul corp... ".

Ilustrativă pentru acest tip de sugestie este cea utilizată frecvent de către M. Erickson pentru inducerea levitației brațului:

„... S-ar putea ca în una din mâinile tale să simți o ușoară senzație diferită, deosebită, sau poate în cealaltă mână... Poate într-unui din degetele mâinilor tale... și poate este vorba de o schimbare atât de imperceptibilă încât abia o simți... sau poate simți cum palma unei mâini ridică mâna... și poate nici nu-ți dai seama ce este pe cale să se întâmple... și este posibil și ca una din mâini, sau poate cealaltă, să se ridice... sau se poate și ca ambele mâini să rămână liniștite pe locul în care se află... sau ca una din mâini să devină mai ușoară...".

Terapeutul urmărește atent reacțiile subiectului și verbalizează un număr mare de reacții posibile (mișcarea unei mâini, a celeilalte, a degetelor, a palmelor...) inclusiv cea în care nu se mișcă nici un braț. Dacă mișcarea apare în altă parte a corpului o putem verbaliza și o putem integra în demersul nostru :

„... observă cât de repede mișcarea picioarelor (a pleoapelor, a capului etc.) stimulează apariția tendinței de mișcare în zona brațelor, degetelor, palmelor...".

3.6. Sugestiile compuse

Sugestia compusă cea mai simplă este alcătuită din două propoziții unite între ele printr-o conjuncție. Un bun hipnoterapeut relafioncază lucruri, comportamente, senzații aparent fără nici o legătură între ele, propunând astfel pacientului, într-o manieră subtilă, o nouă grilă de lectură a contextului în care se află. De cele mai multe ori, sugestiile compuse stabilesc legături cauzale sau echivalențe complexe între manifestări externe, ușor de verificat, și manifestări interne, doar presupuse de terapeut, dar mai ușor de acceptat de către subiect în virtutea setului aprobativ determinat de prima parte a sugestiei.

.... Eu continuu să-ți vorbesc și devii din ce în ce mai conștient de anumite lucruri care se petrec în interiorul tău..."

în acest exemplu, conjuncția *și* are valoarea lui *deci,* inducând astfel o relație cauzală între faptele la care se referă cele două propoziții. Din aceeași categorie fac parte și sugestiile următoare:

„Ești așezat aici... și un puternic sentiment de confort te cuprinde... ":

„Auzi zgomotele din jurul tău si descoperi câtă liniște este in interiorul tău...".

Exemplul următor conține o echivalentă complexă:

. . . . *îți vei da. seama că ritmul respirației tale se modifică în timp ce te concentrezi asupra a ceea ce se întâmplă in interiorul tău...*".

In acest exemplu, expresia *„în timp ce"* înseamnă *„aceasta dovedește ca"* șt face din modificarea respirației (comportament observabil) un indicator al concentrării asupra universului interior (comportament ipotetic).

Alte sugestii compuse, deși nu vehiculează relații cauzale sau echivalențe complexe, utilizează același principiu general: alătură fapte verificabile, greu de contestat, care au rolul inoculării unei atitudini de acceptare, de fapte ipotetice, plauzibile - adevăratele ținte ale sugestiei.

Exemplu:

„... acum că ai deschis ochii (1) și-fi. doi seama că ***totul*** *este bine (2), poți la fel de bine* s«-/ *închizi acum (3)".*

Propoziția (1) (adevăr incontestabil) favorizează acceptarea celorlalte două propoziții (2, 3).

3.7. **Sugestiile implicate**

Ceea ce diferențiază sugestiile implicate de cele compuse este faptul că primele fac apel la noțiunea de „semnalizare". M. Erickson consideră că sugestiile implicate au trei părți:

1. o introducere care se referă la timp (este vorba de cadrul temporal în care se așteaptă răspunsul sugerat);
2. sugestia implicată;
3. răspunsul comportamental care semnalizează că sugestia implicată a fost îndeplinită.

Exemplu:

„De îndată ce (I) inconștientul tău va ajunge la sursa problemei (2), degetul tău se poale mișca ușor (3)".

E. Rossi utilizează frecvent Ia sfârșitul ședințelor de hipnoză o sugestie implicată cu următoarea forma:

„... De îndată ce inconștientul tău va ști (J), el se va reîntoarce în această stare în mod confortabil și ușor pentru a lucra constructiv, împreună (2), și vei descoperi că te trezești cu plăcute senzafii de împrospătare și capacitate de efort (3)".

Prima propoziție facilitează o disociere conștient-inconștient, a doua sugerează reintrarea în transă într-o manieră molivantă, și a treia indică răspunsul comportamental care semnalizează ca sugestia anterioară a fost realizată.

Sugestiile implicate facilitează declanşarea unui proces de învăţare internă, inconştientă, învăţare confirmată printi-un *feedback* comportamental elaborat inconştient dar conştientizabil. Acest fapt apropie sugestia implicată de tehnicile *biofeedback-ului.*

3.8. întrebări care focalizează atenţia, sugerează Şi întăresc răspunsurile hipnotice

Din această categorie fac parte întrebările care încurajează pacientul să răspundă la un nivel experienţial mai degrabă decât la un nivel verbal. Mai mult decât întrebările retorice, aceste întrebări focalizează pacientul asupra unor aspecte particulare ale experienţei sale care sunt amplificate prin felul în care este adresată întrebarea :

„ Poţi să-fi aminteşti cât de plăcut şi relaxant este să stai întins, cuprins de căldura plăcută a soarelui ? ".

De cele mai multe ori, in viaţa de zi cu zi, când suntem întrebaţi ceva ne gândim că cel care ne întreabă ştie că avem deja anumite răspunsuri, că am trăit anumite experienţe care ar putea sta la baza răspunsurilor noastre. Şi în hipnoză întrebările vehiculează aceeaşi presupoziţie.

Unele întrebări frecvent adresate în timpul inducţiei sau pe durata transei vizează unele abilităţi. De cele mai multe ori, aceste întrebări au un potenţial motivam care îşi are originea în experienţele anterioare când am reacţionat cu succes la provocările lansate sub forma unor întrebări. Totuşi, acest tip de întrebări trebuie utilizate cu prudenţă pentru a nu activa sentimente de culpabilitale şi insucces (mai ales în cazul în care întrebările vizează realizarea unor comportamente mai dificile).

în inod frecvent, întrebările declanşează o căutare la nivel inconştient, care poate continua chiar şi după ce ara furnizat un răspuns la nivel conştient. De câte ori nu s-a întâmplat să reuşim să ne amintim o informaţie solicitată de cineva mult timp după ce am declarat că nu putem să ne-o reamintim! De câte ori nu ni se întâmplă să dăm răspunsuri în legătură cu care avem îndoieli şi, abia mai târziu, spontan, să avem un *insight* care să ne furnizeze un răspuns cert!

Multe întrebări utilizate de hipnolerapeuţi conţin sugestii indirecte, implicaţii, presupoziţii etc.

De pildă, întrebarea:

„Care mână este mai uşoară ? ",

deşi simplă, are o structură şi efecte complexe: *focalizează* atenţia asupra mâinilor, *sugerează indirect* că una va fi mai uşoară şi că ar putea levita, conţine o *sugestie implicată,* deoarece necesită un context hipnotic pentru a răspunde adecvat...

Una dintre cele mai folosite forme de sugestie este întrebarea care fixează şi focalizează atenţia, ajutând subiecţii să acceseze propria matrice asociativă pentru a descoperi răspunsuri utile care pot fi structurate în noi *pattern-uii* comportamentale.

Iată câteva astfel de întrebări (Erickson & Rossi, 1976, p. 194) :

- *Cefei de transă ai dori să trăieşti ?*
- *Cât timp îţi va trebui pentru a intra în transă ?*
- *Cum vei şti că ai început să intri în transă ?*

- *Acum, chiar crezi că eşti pe deplin treaz, in starea obişnuită de veghe ?*
- *Cât de repede se va adânci transa ?*
- *Ce ai dori să trăieşti în această transă pe măsură ce ea continuă să se adâncească ? Sau doreşti să trăieşti aceste manifestări ale transei ca surprize ?* etc.

3.9. Presărarea

Această tehnică permite sublinierea unor cuvinte sau grupuri de cuvinte, marcarea lor într-o manieră analogică (prin mijloace paraverbalc şi nonverbale) cu scopul introducerii într-o frază a unei sugestii sau idei importante. Există mai multe modalităţi de „presărare" a sugestiilor, respectiv, de marcare a unor slimuli verbali semnificativi:

- modificarea vocii (tonului sau volumului) în momentul pronunţării cuvântului/ cuvintelor pe care dorim să le marcăm:

  „dacă preferi te poţi instala confortabil...".

- introducerea unei pauze înainte şi după cuvântul sau expresia semnificativă pe care dorim să o subliniem. Cuvântul care urmează după o pauză este mai bine recepţionat, deoarece creează aşteptări:

  „... eşti bine instalat şi poli... să-ţi imaginezi... un loc care îţi place foarte mult ".

- dacă persoana are ochii deschişi, este posibil fie să-1 privim în ochi pronunţând cuvântul (sau expresia) pe care dorim să o subliniem (să o „presarăm"), fie să ne modificăm poziţia ori să realizăm un gest.

3.10. Jocurile de cuvinte

Utilizarea umorului ca mijloc de resemnificare poate fi o modalitate deosebit de utilă pentru angajarea pacientului într-un proces de schimbare, concomitent cu dezvoltarea unei relaţii terapeutice empatice. Jocurile de cuvinte valorifică ceea ce fac, deopotrivă, clientul şi terapeutul:

„... eşti pe cale să-ţi imaginezi construirea propriei case şi utilizezi materiale foarte diverse... lemn, vicii şi virtuţi...".

3.11. Limbajul negativ

Este posibil să utilizăm negaţii pentru a obţine reacţii pozitive ! A spune cuiva:

„Nu eşti obligat să închizi ochii"

este, fără îndoială, un mijloc de a-1 provoca să închidă ochii, deoarece închiderea ochilor (comportamentul invers celui menţionat) este o modalitate de manifestare a libertăţii sale. A-t oferi unui pacient rezistent posibilitatea de a reacţiona invers decât i se cere este cea mai bună modalitate de a stabili o bună relaţie cu acesta.

Limbajul ericksonian conține foarte multe forme de exprimare negativă care conduc pacientul, într-o manieră subtilă, la activarea structurilor comportamentale bazale, autonome, inconștiente. Menționăm două dintre acestea:

„ A nu face, a nu ști".

Atunci când solicităm pacienților să se relaxeze și *„să lase lucrurile să se petreacă de la sine"* le spunem că, de fapt, nu trebuie să facă nimic. în viața de zi cu zi, totdeauna *trebuie* să facem ceva: să vorbim, sa scriem, să citim, să mergem etc. Invitația de a nu face nimic pune subiectul într-o situație neobișnuită pentru că nu putem să nu facem ceva! Din moment ce nu există non-comportament (P. Watzlawick), noi suntem condamnați ca totdeauna să facem ceva. Invitația de a nu face nimic poate stopa comportamentul voluntar, intenționat, permițând manifestarea comportamentelor involuntare, autonome.

„Nu este nevoie să vorbești, să te miști sau să faci nici cel mai mic efort... Nu este nevoie nici chiar să fii ochii deschiși...". {Dacă ochii sunt ținuți deschiși voluntar, atunci această sugestie permite manifestarea involuntară, autonomă de închidere a ochilor!)

La fel, noi nu putem să nu ne gândim la ceva! Când cineva spune că nu se gândește la nimic, dorește să spună, mai degrabă, că nu și-a propus să se gândească în mod voluntar la ceva! în astfel de situații, fluxul gândurilor, imaginilor, senzațiilor are o evoluție autonomă. Când oamenii sunt relaxați și-și orientează atenția spre interiorul lor descoperă surprinși că asociațiile, senzațiile, ideile, mișcările, mecanismele mentale se dezvoltă după „dorința" lor, exprimând, de fapt, anumite structuri mentale inconștiente. Sugestiile hipnotice își ating obiectivul doar în măsura în care influențează într-o manieră semnificativă acest flux autonom într-o direcție sau alta.

Sunt multe lucruri pe care în mod conștient nu le știm : *„Oamenii pot dormi fără să știe că sunt adormiți... ", „Oamenii pot visa și nu-și amintesc ce au visat"* (Erickson & Rossi, 1976, p. 24). Aceste sugestii realizează o disociere conștient-inconștient deoarece conțin implicația că o altă parte din noi (nu cea conștientă) se ocupă de toate acestea.

în viața cotidiană, obișnuită, trăim continuu sub presiunea nevoii de *a Ști.* De aceea, câtă relaxare, ce eliberare să trăim o stare în care nu este nevoie să știm! Majoritatea subiecților pot trăi transa ca pe o stare de libertate în raport cu solicitările lumii exterioare; ei nu trebuie să știe nimic sau să facă ceva, deoarece inconștientul lor se ocupă de toate. Această stare poate fi accentuată prin sugestii corespunzătoare:

„ Nu este nevoie să asculți, inconștientul tău va răspunde in maniera sa proprie... ";
„Nu simfi nevoia sâ știi când apar anumite manifestări, fapte... inconștientul tău se va ocupa de loaie acestea...".

Unui pacient agitat:

„... Nu știi exact când vei simți nevoia de a te mișca din nou...";
„Nu ai nevoie să știi unde se află mâinile tale acum...";
„...Aș dori să înveți că indiferent ce gândesc celelalte persoane, credințele tale, credințele tale inconștiente, cunoașterile tale inconștiente, doar ele contează...";
„în cursul vieții, din copilărie până în prezent, ai acumulat cunoștințe, dar nu ai putut ține toate aceste cunoștințe în prim-planul mintii tale... " (Erickson & Rossi, 1976, p. 198).

Pierderea unor abilităţi. Erickson sugera frecvent subiecţilor aflaţi în transă pierderea unor abilităţi elementare. Aceste sugestii sunt în acord cu natura profundă a transei ca stare modificată a conştiinţei şi cu principiul expus anterior - *„a nufa.ee"*:

„Sunt curios să observ momentul in care nu vei mai putea sâ-ţî (ii ochii deschişi";
„ Poţi să-(i pierzi capacitatea de a-ţi ridica bra/ul drept de pe coapsa piciorului";
„... Şi vei fi surprins când nu vei mai putea sta in picioare".

3.12. Juxtapunerea elementelor opuse

Acest procedeu este frecvent utilizat pentru inducerea confuziei dar şi pentru activarea altor mecanisme psihologice care facilitează sensibilitatea hipnotică. Este vorba despre tendinţa spre echilibru a unor sisteme opuse; în domeniul psihologic, unde nu există repere absolute, fiecare element se defineşte prin raportarea la opusul său. Deseori utilizez cu pacienţii mei următoarea metaforă:

„ Un copil îşi întreabă tatăl:
- Tată, unde se află dreapta ?, iar tatăl îi răspunde :
- Pentru a şti unde se află dreapta, trebuie să fixăm mai întâi unde se află stânga, pentru că nu există dreapta fără stânga... (şi continuă)... şi nici sus fără jos, nici bucurie fără tristeţe, nici deal fără vale, nici noapte fără zi... "•

Milton Erickson sugerează că nu există memorare fără uitare şi că acestea sunt în echilibru fără ea pacientul să facă nici un efort pentru aceasta. Tată o sugestie care exprimă acest fapt sub forma unei duble legături:

., Pofi să ui[i să-fi aminteşti, sau poli. să-Ii aminteşti să uiţi... ".

Alte sugestii alătură elemente opuse precum: senzaţie de plutire/greutate, rece/cald, relaxare/tensiune:

„Pe măsură ce mâna se ridică, pleoapele devin din ce în ce mai grele";
„Pe măsură ce. mâna devine mai caldă, fruntea devine din ce în ce mai rece" ctc.

3.13. Seriile aprobative

Seriile aprobative se sprijină pe enunţarea unor truisme sau pe reformularea mesajelor transmise de către pacient cu scopul inducerii unei stări de acceptare. Scopul este acela de a propune interlocutorului o serie de întrebări Ia care nu poate răspunde decât cu *„da"* :

„... auzi zgomotele din jur. auzi cuvintele mele, stai aşezat pe fotoliu... ".

Răspunsurile afirmative repetate pot activa o atitudine generală de acceptare care va facilita transmiterea unor mesaje pozitive. De pildă, după enumerarea unor realităţi greu de negai de către subiect, terapeutul poate adăuga o idee pozitivă, dătătoare de speranţe cu privire ia problema pacientului sau cu privire la ceea ce acesta urmează să facă:

„... eşti aşezat in acest fotoliu, picioarele stau liniştite pe duşumea, ... mi-ai vorbii deja despre problemele tale... şi ştii deja că. ceea ce numeşti sensibilitate este de fapt o resursă... ".

3.14. Lectura gândurilor

Utilizând „lectura gândurilor" terapeutul vorbește ca și cum ar ști exact ce gândește pacientul. Atribuind pacientului anumite idei, în general pozitive, sau în acord cu ceea ce terapeutul simte că se petrece cu acesta, ele au o mai mare probabilitate de a fi acceptate:

. . . . *ești pe cale să-ți imaginezi un foc în șemineu și iți acorzi plăcerea de a-l privi în timp ce începi să visezi; ...te întrebi ce anume va urma...*".

In aceste exemple, cuvintele subliniate sunt „lecturi aJe gândurilor". Pentru a utiliza eficient acest procedeu, terapeutul trebuie să cunoască foarte bine pacientul, altfel utilizarea lui ar putea avea efecte contrare.

3.15. Nominalizările

Atunci când utilizăm verbe suntem nevoiți, de cele mai multe ori, să precizăm sensul acestora cu ajutorul complementelor. De pildă, daca spun „... *ți-amintești..., speri...",* ar trebui sâ continui să verbalizez ce anume își amintește sau speră pacientul... în acest fel, sugestia ar putea fi prea detaliată și riscul ca ea să exprime altceva decât ce gândește sau simte pacientul, prea mare. Dar dacă transform verbele în substantive, pot crea doar un cadTu care va fi completat cu experiența unică a pacientului:

„*... amintiri... speranțe... prind contur din ce in ce mai clar...".*

Terapeutul poate utiliza cuvinte generale care vor deveni semnale pentru activarea propriilor experiențe de către pacienți:

„*... visurile tale... resursele tale... ai trăit numeroase situalii agreabile... experiența ta de viață... gândurile tale... ".*

3.16. Confuzia

Obiectivul limbajului confuz este acela de a deconecta partea conștientă și'de a satura capacitățile logice ale emisferei stângi pentru a facilita utilizarea resurselor emisferei drepte. Pentru atingerea acestui scop, putem construi fraze în care sintaxa este pur și simplu ignorată, fapt ce conduce !a mesaje incomprehensibile alcătuite din cuvinte obișnuite, sau putem schimba brusc subiectul ori să realizăm jocuri de cuvinte:

. . . . *te afli aici în prezent, în prezența inconștientului tău care îți oferă un prezent...*";

. . . . *Știi foarte bine cum să-fi legi șireturile la pantofi... dar, dacă te-aș ruga acum să-mi spui exact ordinea mișcărilor pe care le faci... nu vei ști! ".*

Această ultimă sugestie reprezintă o provocare pentru partea logică (emisfera stângă), conștientă a spiritului pacientului care, cu cât va încerca să găsească răspunsul la întrebare, cu atât va deveni mai pennisiv la sugestiile care se adresează inconștientului. De altfel, M. Erickson, după cuvintele deja menționate (1981, p. 66), continuă:

. . . . *Nu știu care este orientarea, corpului tău necesară dezvoltării transei... iți voi privi corpul pentru a vedea diferitele răspunsuri ale corpului tău... Nu-i nici o grabă... ".*

3.17. Surpriza

M. Erickson utiliza în mod frecvent surpriza pentru a destabiliza structurile asociative obișnuite ale pacienților și a stimula, astfel, creativitatea acestora.

Sugestiile directe în care răspunsul comportamental așteptat era clar specificat pot activa intenția conștientă a pacientului de a încerca să facă voluntar ceea ce i se cere. Dar dacă i se spune doar:

. . . . așteaptă surpriza care urmează...",

atunci inducem o stare de așteptare a ceva nedefinit, timp în care anumite procese inconștiente sunt activate treptat pentru producerea unor răspunsuri cu adevărat autonome.

Cuvântul *„surpriză"* poate actualiza experiențe plăcute de tip infantii și poate facilita intrarea într-un anume Joc" care mărește probabilitatea funcționării comportamentale autonome. Astfel, cuvântul *„surpriză"* este „pentru mulți oameni un indicator condiționat de abandonare a controlului și de dezvoltare a curiozității în legătură cu un lucru plăcut ce urmează să se întâmple" (Erickson & Rossi, 1981, p. 142).

„... îți voi ridica brațul în aer... Ce se va întâmpla după asta... va/î de natură să te surprindă...";

„... ești destul de conștient de toate lucrurile pe care le poți face, dar cea mai surprinzătoare experiență pe care o pop avea este aceea de a descoperi că nu poți sta în picioare; a...c...u...ni. " (idem, p. 143)

Metafora și limbajul paradoxal sunt alte forme eficiente ale limbajului ericksonian. Ele sunt analizate în paragrafe separate.

CAPITOLUL V

Inducerea transei hipnotice

1. Considerații generale

Oamenii intră în transă, în mod spontan, destul de frecvent. Capacitatea de a trăi transe în viața de zi cu zi are un rol adaptativ extraordinar. De foarte multe ori dau pacienților mei exemple de astfel de transe cotidiene. Când vedem un spectacol bun sau când citim o carte, trăim, deseori, transe profunde : din spectatori devenim actori, ne lăsăm absorbiți de acțiunea spectacolului sau a cărții, ne bucurăm sau ne întristăm alături de personajele îndrăgite, uităm cum trece timpul, uităm unde ne afiăm, uităm de propriul corp si, abia într-un târziu, constatăm că brațul sau piciorul, uitate într-o poziție incomodă, au amorții... Fără capacitatea de a intra în transă când vedem un spectacol, când citim o carte sau când lucrăm la ceva care ne pasionează, viața noastră ar arăta cu totul altfel!

în ciuda capacității de a intra spontan în transă, inducerea transei de către o altă persoană nu este totdeauna o întreprindere ușoară. în afara capacității de a utiliza un limbaj anume, absolut necesară pentru inducerea unei transe, relația inductor-indus presupune o anume dinamică ce antrenează procese și probleme complexe precum: controlul, puterea, responsabilitatea.

Sintagma „inducerea transei" presupune ca „inductorul" (clinician, terapeut) să facă ceva anume pacientului care are un rol pasiv; el este „indus", „introdus" în transă. Totuși, situația reală este oarecum diferită. Deși diversele teorii din domeniul hipnozei diferă între ele, în ceea ce privește gradul de activism al pacientului în realizarea transei, nici una nu vede persoana care urmează să fie hipnotizată ca pe un receptacol pasiv al sugestiilor clinicianului. De cele mai multe ori, pacientul este un partener cu care clinicianul trebuie să interacționeze astfel încât să poată atinge anumite obiective, stabilite într-o manieră colaborativa. De aceea, am putea spune că terapeutul este mai degrabă un ghid care orientează pacientul într-o realitate psihologică pe care o numim transă și pe care acesta o creează în bună măsură singur. Colaborarea pacientului *este o condiție necesară* pentru inducerea transei hipnotice.

Inducerea transei are mai multe obiective (Erickson & Rossi, 1976, p. 302):

- reducerea câmpului de concentrare a atenției, care se va orienta preponderent asupra unor realități interne; se construiește astfel un „pod" între starea normală, de veghe, a conștiinței și transă;
- facilitarea modificării structurilor obișnuite de orientare și control ale subiectului; acest, obiectiv este atins îndeosebi prin accentuarea disocierii * • ' • * • ″'' • ''' • • :'':-'ⁱⁱⁱᵛt!''''i

și prin saturarea instanțelor conștiente cu prelucrarea logică a stimulilor utilizați în inducție, concomitent cu stimularea utilizării resurselor inconștiente ;

- facilitarea receptivității pacientului în raport cu propriile asociații interioare și abilități mentale care pot fi integrate în răspunsuri terapeutice.

Inducția hipnotică este, în calitate de stimul al transei hipnotice, expresia tipului de relație care se stabilește între terapeut și pacient. Am putea spune că există tot atâtea inducții câți terapeuți... Prin urmare, o prezentare exhaustivă a tehnicilor de inducție nu este nici posibilă și nici utilă. Prezentarea noastră își propune să creeze, prin descrierea câtorva dintre cele mai utilizate tehnici, un cadru pe care opțiunile și creativitatea terapeutului îl pot completa funcție de cadrul teoretic la care acesta aderă, de experiența lui, precum și în acord cu caracteristicile pacientului, cu obiectivele terapeutice urmărite etc.

Am împărțit tehnicile de inducție în tehnici tradiționale de inducție și tehnici non-formale, naturale, de inducție. Pentru diminuarea distanței psihologice dintre terapeut și pacient recomand, după cum se va vedea și în scenariile de inducție prezentate, ca în timpul inducției să se utilizeze de către terapeut apelativul la singular, atunci când acesta se adresează pacientului.

2. Tehnici tradiționale de inducție

Atributul „tradițional" din sintagma de mai sus are pentru mine cel puțin două semnificații: una temporală, în sensul că tehnicile reunite sub această etichetă sunt tehnici care se practică de foarte mult timp, unele dintre ele chiar înainte ca termenul de hipnoză să fi fost inventat; a doua are în vedere caracterul directiv și ritualizat al inducției; multe dintre detaliile tehnice ale unor astfel de inducții valorifică o serie de credințe mitice în legătură cu hipnoza și hipnotizatorii (pase magnetice, fascinația privirii etc).

Majoritatea tehnicilor din această categorie sunt relativ bine structurate și conțin fraze și concepte-cheie ale căror cunoaștere și utilizare sunt considerate necesare dacă se dorește o eficiență maximă a inducției. Practicarea acestor tehnici necesită totuși dezvoltarea și practicarea unui limbaj adecvat, capabil să individualizeze inducția pentru a o pune in acord cu caracteristicile pacientului.

2.1. Tehnici de relaxare musculară progresivă

Aceste metode se bazează, îndeosebi, pe focalizarea succesivă a atenției pacientului asupra principalelor grupe musculare, concomitent cu administrarea unor sugestii de relaxare. Pacientul este așezat într-o poziție confortabilă, într-un fotoliu sau pe un pat, și este invitat, într-o manieră indirectă sau permisjvă, să închidă ochii:

„ Cei mai mulți oameni se relaxează foarte bine cu ochii închiși"; *„Poți închide ochii pentru a te relaxa mai bine...".*

Funcție de timpul alocat inducției și de experiența pacientului în obținerea relaxării putem fi mai mult sau mai puțin analitici în trecerea în revistă a grupelor musculare

asupra cărora dirijăm atenţia pacientului. Iată un exemplu de text care poate fi utilizat pentru obţinerea relaxării:

„... Să începem prin a te relaxa cât mai mult posibil în condiţiile în care te afli. Permite braţelor şi picioarelor tale să-şi găsească o poziţie cât mai confortabilă. Poţi închide ochii şi să-ţi laşi mintea să se relaxeze, astfel încât să nu te gândeşti la ceva în mod deosebit... concentrează-te în primul rând asupra vocii mele. Poţi auzi fundalul muzical (dacă este cazul). *Vel constata, în curând, că zgomotele obişnuite ale. biroului sau din afara lui te deranjează din ce în ce mai puiin... până când ele nu-ţi vor mai atrage atenţia deloc. Gândurile se pot abate uneori de la linia ideilor pe care. le verbalizez eu, dar ele vor reveni repede înapoi... Nu trebuie să faci eforturi conştiente de a realiza sau rezista la ceea ce-\i spun, ascultă-mă mai degrabă pasiv. Vei constata în curând că mintea ta inconştientă va accepta recomandările mele, care. au ca principal scoţ> acela de a te face să te simţi din ce în ce mai confortabil... Aş dori acum să te concentrezi doar asupra degetelor şi mâinilor, ca şi cum restul corpului nu ar exista. Doresc să devii din ce în ce mai conştient de senzaţiile care se dezvoltă în degetele şi mâinile tale. Utilizându-li capacitatea de concentrare, vei putea observa curând o senzaţie plăcută şi relaxantă care va apărea mai întâi, probabil, în vârful degetelor şi, treptat, treptat, se va difuza în toate degetele şi în ambele mâini... Această senzaţie variază de la individ la individ, dar ea apare cu certitudine de fiecare dată... Unii descriu senzaţia ca şi cum mâinile lor ar fi adormite şi cuprinse de furnicături, sau ca şi cum ar fi cuprinse de o amorţeală plăcută. Alţii observă o senzaţie plăcută de greutate sau chiar de plutire; dar, indiferent de tipul de senzaţie, ea se produce de fiecare dată şi începe să apară, fără îndoială, în mâinile şi degetele tale începând din acest moment. Concentrează-te asupra vârfului degetelor şi vei descoperi senzaţia liniştitoare, relaxantă şi plăcută care apare...*

Utilizâtidu-fi propria capacitate de concentrare eşti pe cale să te relaxezi din ce în ce mai mult, să devii chiar mai relaxat decât eşti acum şi, în curând, vei deveni atât de relaxat şi somnoros ca şi cum ai fi pe cale să tragi un pui de somn obişnuit într-una din după-amiezile tale, Continuă să te relaxezi- • - Concentrează-te asupra aceleiaşi senzaţii de eliberare şi reUixare care iţi cuprinde articulaţiile mâinilor şi braţele tale, iradiind plăcut din zona degetelor şi palmelor. .. Acum braţele tale devin plăcut... foarte plăcut relaxate... la fel ca şi degetele şi mâinile tale. tn curând vei observa o senzaţie plăcută de somnolenţă în întregul corp. Concentrează-te asupra acestei plăcute senzaţii de relaxare şi observă cum difuzează în zona antebraţelor şi coaielor. Din vârful degetelor până la coate, ambele braţe sunt cuprinse de senzaţia plăcută de relaxare şi eliberare. Observă cum senzaţia de relaxare îţi cuprinde treptat întregul braţ până în zona umerilor. Fiecare muşchi devine din ce în ce mai relaxat. Este o senzaţie de relaxare foarte plăcută, deosebit de liniştitoare şi odihnitoare. Devii din ce în ce mai somnoros. .. tot mai somnoros şi, în curând, vei intra într-un somn în care vei putea să-mi auzi vocea foarte clar, dar, din punct de vedere mental şi fizic, vei fi complet şi confortabil relaxat... ".

Se poate continua, repetând sugestiile necesare extinderii relaxării în zona gâtului, capului, a pieptului şi abdomenului, a coapselor, picioarelor etc.

în cazul în care se observă o anume rezistenţa, sugestiile vor trece de la o formă directa la forme din ce în ce mai permisive:

„... descoperă cât de mult poţi aprofunda starea de relaxare în care te afli..., te poţi relaxa cât de mult doreşti... "•

Dacă tehnica este practicată de mai multe ori, pacientul se va relaxa din ce în ce mai repede, doar simpla denumire a părţilor corpului antrenând instalarea senzaţiei de relaxare.

O variantă a acestei tehnici presupune numărarea în ordine inversă, asociind numerelor pronunţate o anumită grupă musculară care se relaxează:

..... 10... braţele se relaxează... 9... senzaţia de relaxare îţi cuprinde treptat, treptat umerii... " ctc.

în urma unui proces de condiționare realizat în câteva ședințe, pacientul se va relaxa doar ascultând pronunțarea numerelor cu o voce analogică...

O a treia variantă a acestei tehnici ne aduce aminte de tehnica relaxării musculare progresive a lui Jacobson. Utilizând această variantă, procedăm conform scenariului deja prezentat, cu deosebire că pacientul este instruit să încordeze în mod voluntar grupele musculare vizate înainte de a le relaxa. Concret, pacientului i se spune, de pildă, să încordeze pentru 10 secunde mușchii brațului înainte de a-i relaxa. Pentru a stimula relaxarea mușchilor feței, spun deseori pacienților mei ca mai întâi să facă o grimasă de zâmbet prelungit..., apoi să observe senzațiile plăcute de căldură și relaxare care le cuprind mușchii feței.

Această variantă este utilă îndeosebi cu pacienții care au dificultăți în obținerea relaxării.

Tehnicile de relaxare musculară progresivă sunt ușor de folosit și conduc la rezultate remarcabile. Totuși, nu trebuie să uităm că, atunci când alegem o tehnică de inducție, trebuie să ținem cont mai degrabă de problemele și personalitatea pacientului decât de preferințele noastre. De pildă, o persoană care acuză o durere continuă într-o anume parte a corpului cu greu va putea intra în transă cu ajutorul acestei tehnici.

2.2. Tehnici de imagerie dirijată

Utilizând această tehnică, obiectivul central a) inductorului este acela de a provoca un proces de absorbție a pacientului prin concentrarea acestuia asupra unui scenariu imaginativ interior. De cele mai multe ori, i se sugerează pacientului să se plaseze imaginar într-un loc anume în care se simte foarte bine, relaxat, securizat și încrezător în sine însuși. Pentru a facilita asimilarea acestei realități psihologice și trăirea ei intensă, terapeutul va utiliza descrieri detaliate care fac apel la cât mai multe canale senzoriale : vizual, auditiv, kinestezic etc. Cuvintele utilizate vor activa experiențe personale care se vor combina liber urmând o „logică" a transei care conduce pacienml la o stare de echilibru, relaxare și împăcare cu sine. Oamenii trăiesc deseori astfel de experiențe când citesc o carte sau vizionează un film și, deși păstrează într-un anume grad conștiința că au în mână o carte sau privesc un ecran, intră în transă și trăiesc intens scenele descrise.

Practicând această tehnică, trebuie să fim permanent conștienți de un anume risc - cu cât furnizăm pacientului mai multe detalii, cu atât există riscul ca descrierile noastre să nu intre în acord cu experiențele dorite, trăite de pacient. Am amintit acest risc când am vorbit despre sugestiile referitoare la conținut. Imaginile filmate furnizează mult mai multe detalii decât descrierile întâlnite într-o carte. De câte ori nu am fost dezamăgiți de ecranizarea unui roman de succes, deoarece viziunea regizorului a fost diferită de „filmul interior" propriu provocat de citirea cărții. Imaginile filmate, tocmai pentru că transportă o mare cantitate de informații, lasă o mai mică libertate de proiecție privitorului.

Pentru a reduce riscul menționat putem apela la următoarele tehnici:

- *întrebăm clientul direct* dacă are un „loc secret imaginar" unde se retrage ori de câte ori dorește să se relaxeze, să-și reîmprospăteze forțele, să uite de tot ceea ce este în jur. După o scurtă descriere a acestui loc, terapeutul poate începe inducția și dezvolta aspectele deja menționate de pacient;
- terapeutul *alege singur subiectul imageriei,* locul în care va fi plasat imaginar pacientul. Această alternativa prezintă deja. într-un mai mare grad, riscul menționai,

deoarece ceea ce poate fi o experienţă plăcută pentru terapeut ar putea să nu fie la fel şi pentru pacient. De aceea se recomandă să întrebăm pacientul:

„Ai fost vreodată la... (mare, munte...) ? Cum te-ai simţit acolo ?".

Personal, solicit deseori pacienţilor mei să-mi povestească despre vacantele lor cele mai plăcute. Astfel, evităm riscul de a conduce pacientul „în orb" într-un loc în care care nu ştim sigur dacă-i face sau nu plăcere să se afle. Imaginaţi-vă ce ar însemna să-i descrii cuiva, care face uşor insolaţii, senzaţiile „plăcute" trăite pe plaja mării, cuprins de razele fierbinţi ale soarelui etc;

- a treia posibilitate este aceea de *a evita menţionarea specifică* a locului, subiect al imageriei, şi de a utiliza îndeosebi sugestii procesuale care creează mai degrabă un cadru şi lasă suficientă libertate pacientului de a-şi proiecta propriile experienţe.

în continuare, vom prezenta câteva fragmente din astfel de scenarii de imagerie dirijată:

. . . . ai trăit, probabil, experienţa de a te afla undeva pe plaja mărit şi de a o privi in toată splendoarea frumuseţii şl Imensităţii ei... si poţi vedea acum cu ochii minţii marea... puternică şi misterioasă, acoperind pământul până departe Ia orizont... şi poţi vedea, mai clar sau mai difuz, î» depărtare, vapoarele care plutesc spre destinaţii necunoscute, care te fac să te gândeşti la călătorii pe care le-ai făcut sau ai visat că le vei putea face cândva... Şi poţi vedea valurile care mângâie ritmic nisipul plajei, auzi zgomotul ritmic şl odihnitor al acestora... simţi briza uşoară râcorindu- ţi fruntea şi te simţi din ce în ce mai relaxat şi mai in acord cu tine însuţi şi cu tot ceea ce te înconjoară... ".

Descriind un astfel de loc, terapeutul va utiliza cât mai multe detalii senzoriale, va face apel la informaţiile culese de la pacient în cursul interviului preliminar şi va utiliza o voce de tip analogic, care să *fie* în acord cu senzaţiile trăite de acesta şi cu ritmul respiraţiei lui. (Nu putem să-i vorbim cuiva despre senzaţiile relaxante trăite pe plaja mării în ritm de rock!)

Următorul exemplu conţine îndeosebi sugestii procesuale si mai puţin sugestii referitoare Ia conţinut:

„Imaginează-ţi că te afli într-un loc foarte plăcut, unde totul este aşa cum ar fi dacă ai putea să comanzi acest loc special pentru tine însuţi... Şi, petrecându-ţi puţin timp acolo, treptat, tensiunea de peste zi sciule şi te simţi din ce în ce mai confortabil...

Imaginează-ţi acolo toate, detaliile, reveriei tale: ce ai putea vedea cu ochii interiori, ce ai putea să auzi cu urechile interioare: cum se simte corpul tău făcând tot ceea ce face el în imaginaţia ta. Dacă eşti întins pe o plajă tropicală, simţi soarele cald, simţi nisipul, simţi mişcarea cu care corpul tău se cuibăreşte într-o poziţie confortabilă în nisip... Dacă înoţi în această lagună tropicală, simţi mişcările cu care corpul tău alunecă prin apă, simţi apa răcoroasă care alunecă peste corpul tău. Află cum se simte corpul tău!...

Ar putea exista lucruri în reveria ta de care ai. vrea să te apropii, să le atingi, să le guşti. Ar putea fi miresme asociate. Află cum sunt culorile, dacă este rece sau cald, dacă mai este cineva acolo... toate detaliile care adaugă culoare, bogăţie şi bucurie reveriei tale..,

Şi, în timp ce faci toate acestea, inconştientul tău te va conduce către nivelul de hipnoză cel mai confortabil pentru tine, pentru a obţine ceea ce urmează să obţii astăzi" (Hunier, 1988).

In lucrarea sa *Trancework,* M. D. Yapko (1990) oferă şi el un bun exemplu de scenariu care conţine doar sugestii procesuale :

„Şi, pe măsură ce continui să stai confortabil în acest fotoliu, cu ochii închişi, îţi poţi lăsa mintea să se întoarcă spre amintirea unui anume loc, poate un loc special, în care te-ai simţit

foarte bine... deosebit de confortabil şi liniştit, fericit... sau poate un loc pe care ai dori să-l creezi special şi în care să descoperi cât de liniştit şi împăcat cu tine însuţi le poţi simţi... şi îţi permiţi să mergi în acest loc chiar acum, in plan imaginar... te simţi acolo, trăind senzaţiile, emoţiile, sentimentele pe care ai dori să ie trăieşti acolo... şi poţi auzi sunetele acestui loc relaxant liniştindu-te... şi poţi vedea cu ochii minţii imaginile acestui loc, observând cât de plăcut este acest loc pentru line... şi te simţi foarte bine acolo".

Practicând scenarii de imagerie mintală, este foarte important să observăm *feedback-ul* nonverbal al pacientului care ne poate orienta spre descrieri cât mai apropiate de ceea ce simte el cu adevărat.

2.3. Tehnici de fixare a unor stimuli externi

Majoritatea tehnicilor de inducţie hipnotică au la bază un proces activ, conştient, de focalizare a atenţiei asupra unui stimul. Se produce astfel o îngustare a câmpului conştiinţei, o saturare a acesteia prin prelucrarea stimulilor focalizaţi, fapt care favorizează accesul la o funcţionare psihocoinportamentală autonomă, inconştientă.

Stimulii asupra cărora se focalizează atenţia pacientului pot fi stimuli interni: imagini, senzaţii, muşchii propriului corp etc., sau stimuli externi: punctul situat între ochii terapeutului, degetul terapeutului, un obiect oarecare aflat în biroul în care se desfăşoară terapia, un punct din tavan etc, sau alţi stimuli motori precum pendulul, metronomul etc.

Pe măsură ce pacientul fixează stimulul, sugestiile administrate îl orientează să observe cele mai mici detalii ale obiectului fixat, precum şi instalarea progresivă a senzaţiei de oboseală şi relaxare. Terapeutul trebuie să fie aşezat într-o poziţie care să-i permită o bună observare a pacientului (ori în spatele obiectului fixat, ori lateral în raport cu pacientul), astfel încât să-şi poată sincroniza sugestiile cu reacţiile pacientului. Majoritatea reacţiilor pacientului (clipitul pleoapelor, abaterea privirii de la obiectul fixat, lăcrimarea - care determină o imagine din ce în ce mai difuză, închiderea ochilor) au la bază mecanisme fiziologice. Daca terapeutul se sincronizează bine cu manifestările subiectului, atunci el va verbaliza unele comportamente cu foarte puţin timp înainte ca ele să se producă:

„în curând ochii vor clipi din ce în ce mai des...! ",

transformând sugestiile sale în predicţii ce se împlinesc şi inducând astfel subiectului credinţa că se comportă deja ca o persoană hipnotizată.

Scenariile de inducţie construite după acest principiu sunt, de obicei, puternic ritualizate şi valorifică multe dintre miturile hipnozei (mitul energetic, forţa ochilor magnetici, pasele magnetice etc). Partea introductivă a unor astfel de scenarii îşi propune să crească motivaţia pacientului, îi oferă modele de comportament (deseori comparaţii cu senzaţiile pe care le avem când suntem pe cale de a adormi sau cu somnambulismul) şi-i stimulează anumite aşteptări şi atitudini. Deşi încep prin instrucţiuni relativ neutre, treptat, treptat, frazele terapeutului îşi propun să creeze o relaţie asimetrică, o atitudine de conformare, indusă deseori prin sugestii directe cu accente imperative:

„în curând nu vei mai putea rezista....!";
„Nu vei putea să mai deschizi ochii etc.".

închiderea ochilor este considerată, în cadrul inducţiei tradiţionale, ca fiind un indicator al intrării subiectului în transă. Tot ce urmează după acest moment are ca scop aprofundarea transei.

Iată un astfel de scenariu (A. Weitzenhoffer, 1957, pp. 206-207):

„ Vreau să priveşti în sus, la un punct de pe tavan şi să-fi fixezi ochii asupra lui. IM orice punct. Poţi alege unul la care poţi privi confortabil. Nu te îngrijora dacă ochii tăi se abat de la acel punct sau clipesc. Este în regulă. Dacă se întâmplă asta, revino cu privirea la punctul ales şi priveşte-t cât de fix poţi. Nu fi încordat. Relaxează-te şi ascultă cu atenţie vocea mea, ascultă ceea ce îţi spun. Vreau să te relaxezi... Cândeşte-te la relaxare. îţi simţi corpul relaxat... Procedând astfel, vei descoperi că trupul tău se relaxează treptat... Te vei relaxa din ce în ce mai mult. In timp ce-ţi menţii privirea la punctul aflat deasupra capului şi îmi asculţi vocea, vei simţi cum corpul în întregime devine relaxat. Picioarele tale devin obosite, gambele devin relaxate, braţele şi mâinile tale devin relaxate, întregul tău corp se relaxează, iar acum vei simţi cum devii moleşit, somnolent. Somnolenţa ta creşte din ce în ce mai mult. Ascultă vocea mea... ea face ca tu să te simţi moleşit, adormit... Simţi o greutate venind peste trupul tău. Corpul tău devine greu, foarte g-r-e-u. Mâinile tale devin g-r-e-l-e. Braţele tale devin g-r-e-le. Mâinile şi braţele tale suni grele. Picioarele tale devin g-r-e-l-e. Gambele tale devin g-r-e-l-e. Corpul tău, în întregime, devine g-r-e-u, f-o-a-r-t-e g-r-e-u. Eşti m-o-l-e-ş-i-t,... s-o-m-n-o-r-o-s. O senzaţie de căldură somnolentă, plăcută te cuprinde. In curând vei adormi... profund.... adânc... O căldură plăcută îţi cuprinde întregul corp, ca atunci când adormi... Ochii tăi devin grei. Devii adormit. Ochii tăi devin fol mai grei şi mai g-r-e-i, atât de grei, iar tu te simţi atât de a-d-o-r-m-l-t... Gândeşte-te la somn, la nimic altceva decât Ut somn... Eşti pe cale să adormi foarte curând... Vocea mea te face somnolent... te face să doreşti să dormi... Ochii tăi sunt grei. se închid. Nu poţi menţine ochii deschişi. Ei se închid. Peste un moment vei descoperi că este imposibil să-i mai ţii deschişi şi că ei clipesc... Ochii vor clipi din ce în ce mai mult şi, în scurt timp, se vor închide, deoarece devin tot mai grei şi vei simţi că este din ce în ce mai greu să-i menţii deschişi". [Cel mai bine este să dai aceste sugestii chiar atunci când ochii subiectului clipesc. Unii subiecţi sunt capabili să menţină o privire fixă, neezitantă, fără să clipească, iar sugestiile de mai sus ii fac adesea să clipească. Dar dacă nu clipesc, este mai bine să nu insistăm, deoarece, de fapt, nu este un lucru esenţial.] *„Eşti acum f-o-a-r-t-e a-d-o-r-m-i-t... Ochii tăi sunt a-t-â-t d-e g-r-e-i, încât nu-i poţi menţine deschişi. Ochii se închid tot mai mult, din ce în ce mai mult..."* [Dacă subiectul im are ochii închişi în acest moment, spune-i cu o voce fermă:] *„Bine, acum închide ochii şi continuă să asculţi atent ceea ce îţi spun".* [Apoi continuă astfel: | *„Ochii tăi sunt acum închişi şi urmează să adornu profund..."* [Adesea, un subiect care a reacţionat greu la sugestiile pentru închiderea ochilor poate, cu toate acestea, să intre în stare hipnotica după includerea ochilor la comandă. De asemenea, unii indivizi trec într-o stare hipnotică relativ profundă Ioane devreme, dar menţin ochii deschişi şi, pentru anumite motive, nu răspund bine la sugestiile de închidere a ochiior.

Oricare ar II situaţia, continuă cu:]. . . . *ochii sunt acum închişi şi urmează să intri într-un somn. profund ... un somn tot mai p-r-o-f-u-n-d ...un sonui din ce în ce mai adânc ... Vei fi atent numai la vocea mea. Nu te vei trezi până nu îţi voi cere eu asta. Nimic nu te va deranja. De acum înainte, de câte ori îţi voi sugera să dormi sau îp voi spune cuvântul «somn», vei intra imediat într-un somn profund. Acum eşti pe cale să adormi profund ... f-o-a-r-t-e p-r-o-f-u-n-d".* [Aceste ultime sugestii sunt importante şi vor fi date subiectului imediat după închiderea ochilor. Ele vor fi repetate ulterior de câteva ori. Iţi vor da un control mai bun asupra subiectului decât ai avea prin alte mijloace.]

Majoritatea scărilor de evaluare a hipnotizabilităţii prezintă, îa partea iniţială, inducerea transei prin utilizarea tehnicii fixării ochilor. Cititorul poate consulta în anexe Scala de hipnotizabilitate colectivă a lui Shor şi Orne (1962) cu comentariile lui J. Godin.

Forme mai permisive ale tehnicii fixării ochiJor sunt prezentate de M. Hunter (1988):

„Așazâ-te inir-o poziție confortabilă. Este foarte bine așa. Reține că poți în orice moment să te miști sau să-ți modifici poziția pentru a te simți mai confortabil. Asigurâ-te că spatele și capul sunt sprijinire și că te simți bine.

Acum lasă-ți ochii să găsească un loc plăcut și care poate fi privit confortabil șifixează-ji privirea acolo, oriunde s-ar găsi locul respectiv, pentru un timp.

Treptat, ai putea simți că ochii tăi devin puțin mai grei și parcă ar fi plăcui să-i lași închiși pentru o scurtă vreme. Află cum s-ar simți dacă i~ai lăsa închiși pentru câteva secunde, și apoi deschide-i din nou... apoi închide-i, deschide-i încă o dată, închide-i... foarte bine. Poți să observi că există un tremur mic și ușor în pleoapele taie. Aceasta ar putea fi pentru tine un semn că începi să intri într-un spațiu încântător al minții tale, unde timpul își pierde semnificația și poți percepe atât de multe lucruri într-un mod diferit..." (M. Hunter, 1988. p. 3).

In continuare este prezentat un alt scenariu de inducție prin fixare, utilizat de M. Hunter.

„Așaz.ă-te într-o poziție foarte confortabilă. Este foarte bine așa. Reține că poți în orice moment să te miști sau să-ți modifici poziția pentru a te simți mai confortabil. Asigurâ-te că spatele și capul sunt sprijinite și câ te simți bine. "	reasigurarea subiectului asupra faptului câ ci are controlul
„Acum lasă-ʃi ochii să găsească un loc plăcut și care poate fi privit confortabil și Jixează-ți acolo privirea, oriunde ar fi, pentru un timp."	confortul fizic este important
„Treptat, ai putea simți că ochii tăi devin puțin mai grei și parcă ar fi plăcut să-i lași închiși pentru o scurtă vreme. Află cum s-ar simți dacă i-ai lăsa închiși pentru câteva secunde și apoi deschide-i din nou... apoi închide-i, deschide-i încă o dată, închide-i, ... foarte bine. Poți să observi că există un tremur mic și ușor in pleoapele tale. Aceasta ar putea fi un semn pentru tine că începi să intri într-un spațiu încântător al minții tale unde timpul își pierde semnificația sa și poți percepe atât de multe lucruri, într~un mod diferit."	sugestia intimidează mai puțin decât formula prin care se sugerează direct închiderea ochilor pauza, în special cu subiecții neexperimentați
„Imaginează-ți că le afli într-un loc foarte drăguț, unde totul este așa cum ar fi dacă ai putea să comanzi totul special pentru tine însuți. Și, petreeîndu-ți puțin timp acolo, treptat încordarea scade și te simți mai confortabil."	daca privești ochii cu atenție. ai să-i vezi lucind chiar înainte de tremurul pleoapelor, un moment potrivit să spui asta personalizează orice subiect are experiența încordării
„Imaginează-ți acolo toate detaliile reveriei tale: ce ai putea să vezi cu ochii interiori, ce ai putea să auzi cu urechile interioare, cum se simte corpul tău, făcând tot ce face. el în imaginația ta. Dacă ești întins pe o plajă tropicală, simți soarele cald, simți nisipul, simți mișcarea cu care corpul tău se cuibărește într-o poziție confortabilă în nisip. Dacă înoți în laguna aceasta tropicală, simți mișcările cu care corpul tău alunecă prin apă, simți apa răcoroasă care alunecă peste corpul tău. Află cum se simte corpul tău. "	„interior" diferențiază de „exterior" invocarea tuturor simțurilor: auditiv, vizual, kinestezic, tactil, olfactiv, gustativ, termic

„Ar putea exista lucruri în reveria ta de care ai vrea să te apropii, să le atingi, să le guști. Ar putea fi miresme asociate. Află cum sunt culorile, dacă este rece sau cald, dacă mai este cineva acolo, ... toate detaliile care adaugă culoare, bogăție si bucurie reveriei noastre."	implică în mod confortabil că noi avem cu toții reverii și .situația aceasta este similară pentru toți
„ Și, în vreme ce tu faci asta, subconștientul tău va fi condus către nivelul de hipnoză cel mai confortabil pentru tine, oricare ar fi cel mai bun pentru tine, pentru a obține ceea ce. urmează să obții astăzi."	orice ai face TU (subiectul) este în regulă

2.4. Tehnica levitației brațului

M.H. Erickson a fost primul terapeut care a descris această metodă. însă scenariul pe care îl vom prezenta aparține lui Wolberg (1948), cel care a făcut una dintre cele mai bune prezentări ale acestei tehnici *(cf.* Weitzcnhoffcr, 1957, pp. 234-237).

în acest caz, inducția hipnozei se realizează prin stimularea unui răspuns ideomotor spontan, frecvent descris de către hipnoza tradițională. Oamenii apreciază starea celorlalți func(ie de comportamentele observate, dar utilizează și în raport cu ei înșiși același procedeu. De aceea, levitația spontană a brațului este o manifestare neobișnuită, surprinzătoare nu numai pentru un observator extern, dar și pentru subiectul însuși, care dezvoltă, astfel, credința că se manifestă ca o persoană hipnotizată. Dacă intenționez să utilizez această metodă cu un pacient, atunci îi amintesc acestuia, în interviul preliminar, de mișcările involuntare ale brațelor noastre care însoțesc comunicarea verbală sau care au ca scop aranjarea părului capului, precum și expresia „a pluti de bucurie, de fericire" (pentru a evidenția că senzația de „plutire" este o senzație care exprimă trăiri mai profunde, complexe).

Iată scenariul levitației brațului prezentat de Wolberg:

„Aș dori să te așezi confortabil și să te relaxezi. Stând astfel, lasă amlH'le brațe cu palmele orientate în jos, pe coapsele tale. Urmărește cu privirea brațele și asigură-te că le poli observa cu atenție.

Tot ceea ce trebuie să faci este să stai pe scaun (fotoliu)... și să te relaxezi. Apoi, vei observa că, pe măsură ce te relaxezi, se vor întâmj)la anumite lucruri. Acestea apar de fiecare dată când te relaxezi, dar până acum nu le-ai observai cu prea mare atenție. Eu îți voi orienta doar atenția asupra lor, pe măsură ce apar. Aș dori să te concentrezi asupra tuturor senzațiilor și emofiilor ce apar în mâinile tale, indiferent care sunt acestea. Poate simți o senzație de greutate ori o presiune a brațelor ce stau pe coapsele tale... Poate simțițesătura pantalonilor'/rochiei care dezvoltă și ea opresiune asupra palmelor; ori poate căldura brațelor ce stau pe coapsele tale. Poate simți ușoare furnicături... Nu contează ce senzații apar, important este să le observi. Privește-ți brațul și vei observa cât de liniștit este în poziția în care se află... Există ușoare mișcări totuși în braț, dar încă nu sunt observabile. Doresc să-(i privești brațul. Atenția ta se poate abate de la braț, dar ea va reveni de fiecare dată asupra brațului... și-ți privești cu atenție mâna și ești curios în legătură cu mișcarea care apare în mâna ta și care se va manifesta".

Terapeutul va comenta orice mișcare care apare în braj, degete... fapt ce va intensifica această mișcare. Terapeutul poate, de asemenea, comenta și orice altă reacție obiectivă a pacientului, precum mișcarea picioarelor sau respirația profundă...

„Ar putea fi interesant să observi care dintre degete se va mișca primul, ar putea fi degetul mijlociu, arătătorul sau inelarul... ori poate degetul mic sau cel mare... Unul dintre degete va începe să tresară sau să se miște... Nu știi exact când și la care mână... Privește cu atenție și vei începe să observi o ușoară mișcare, poate în mâna dreaptă... Pe măsură ce apare mișcarea,

vei observa un lucru interesant. Foarte încet, spațiul dintre degete se mărește, degetele vor începe încet să se miște separat și vei observa că distanța dintre degete devine din ce în ce mai mare... Ele se vor mișca fiecare, încet, încet... Vei vedea degetele răsfirându-se fiecare din ce în ce mai mult, din ce în ce mai mult...

... Și, pe măsură ce degetele se depărtează unele de altele, vei observa, că în curând ele vor avea tendința să se arcuiască deasupra coapselor, ca și cum ar dori să plutească, să plutească din ce în ce mai sus..."

Dacă unul din degete se ridică:

„Observă cum degetul se ridică... și, pe măsură ce el se ridică, și celelalte degete au tendința de a-l urma, ridicându-se ușor, ușor...

... Și, pe măsură ce degetele se ridică, devii din ce in ce mal conștient de senzația de ușurare din brațul tău, de senzația de plutire, astfel încât degetele se vor arcui și întreaga mână se va ridica și va pluti ușor, ca un fulg, ca și cum un balon o trage plăcut în sus, făcând-o să plutească... Și, pe măsură ce privești mâna ta ridicându-se, vei observa că brațul începe să se ridice și să plutească din ce în ce mai sus, mai sus, ...mai sus,...

... Privește mâna și brațul și, pe măsură ce ele se ridică, devii foarte repede conștient de cât de somnoroși și obosiți devin ochii tăi. Și, pe măsură ce brațul se ridică, vei deveni din ce în ce mai somnoros, mai somnoros... Ochii devin din ce în ce mai obosiți și pleoapele doresc să se închidă... Și, pe măsură ce brațul se ridică din ce în ce mai sus, vei dori să te simți din ce în ce mai relaxat și somnoros și vei dori să te bucuri de sentimentul de relaxare liniștitoare pe. care ți-l dă închiderea ochilor și. intrarea în starea de somn...

...Brațul se ridică din ce în ce mai mult și devii din ce în ce mai somnoros... Pleoapele tale devin din ce mai grele, respirația... din ce în ce mai rară, profundă și regulată. Respiri profund... inspiri... expiri... Și, pe măsură ce îți privești mâna și brațul și te simți din ce în ce mai somnoros și relaxat..., vei observa că direcția mâinii se va schimba. Brațul se va îndoi ușor și mâna se va orienta din ce mai mult spre fața ta ... din ce în ce. mai sus, mai sus... și, pe măsură ce ea se ridică, vei intra încet dar sigur într-un somn profund, profund, foarte profund, în care te vei relaxa profund și te vei simți foarte bine... Brațul va continua să se ridice din ce în ce mai mult până îți va atinge fața și vei deveni din ce în ce mai somnoros, mai somnoros, dar nu vei intra în somn până ce mâna nu-ți va atinge fața- • •

Când mâna îți va atinge fața, vei fi adormit, profund, adormit... ".

Astfel, pacientul este condus să-și aleagă propriul ritm de a intra în somn...

.....Brațul tău își schimbă acum direcția. Se mișcă în sus, din ce în ce mai sus spre fața ta... Pleoapele tale devin din ce în ce mai grele... Devii somnoros, din ce în ce mai somnoros, mai somnoros. • • Ochii obosesc.... pleoapele devin din ce în ce mai grele ... și mâna se orientează spre fața ta. Devii obosit și somnoros. Ochii se închid, se închid... Când mâna îți va atinge fața, vei fi adormit, profund adormit. Te vei simți foarte somnoros, din ce în ce mai somnoros, adormit, foarte obosit... Pleoapele sunt ca de plumb și mâna ia. se mișcă în sus... din ce în ce mai sus spre fața ta ... și când îți va atinge fața vei fi adormit."

Mâna pacientului atinge tata si ochii i se închid.

„Intri într-un somn profund, dormi, dormi... Și, pe măsură ce adormi, te simfi foarte obosit și relaxat. Doresc să te concentrezi asupra relaxării, asupra detensionărli relaxante... Nu te gândești la nimic altceva decât la somn .... somn profund .... somn profund ..."

2.5. Tfehnica numărării

Tehnica numărării este una dintre cele mai utilizate tehnici tradiționale de inducție datorită simplității ei și ritualului care o însoțește. Deși există mai multe variante ale acestei lehnici, toate respectă câteva principii: pronunțarea fiecărui număr este însoțită de o sugestie de relaxare, somnolență și confort, ritmul numărării este sincronizat cu ritmul instalării stării sugerate. Numărarea realizează un ritual al trecerii timpului din

momentul începerii inducției până în momentul instalării transei și, cum de cele mai multe ori subiectul este anunțat din timp în legătură cu numărul care va fi semnalul instalării transei, aceasta creează așteptări adecvate care se transformă în prediejii ce se autoîmplinesc.

Iată câteva variante ale acestei metode :

„ Voi începe să număr și te rog să mă urmărești cu atenție. Când voi spune «unu», vei închide ochii și-i vei fine incluși până când voi spune «doi». Când voi spune «doi", vei deschide ochii. Apoi, când voi spune «trei», vei închide din nou ochii și-i vei (ine închiși până spun «patru». Ai înțeles ? (Dacă pacientul pare că nu a înțeles, îi putem face o demonstrație.) *Și, astfel, vei continua, pe măsură ce număr, să închizi și să deschizi ochii până când aceștia vor deveni foarte obosifi, Vei descoperi că îfi va fi din ce în ce mai greu să deschizi ochii. Pleoapele vor deveni din ce in ce mai grele și te vei simți somnoros și adormit. La un moment dat, pleoapele tale vor deveni atât de grele încât ochii vor rămâne închiși și tu vei intra într-un somn profund. Nu vei avea nici o dorință să deschizi ochii, vei dori doar să dormi pur și simplu....! ".*

După acest instructaj, terapeutul începe să numere, cu o voce monotonă, lăsând o anumită pauză între numere. Mulți terapeuți numără până la 10 sau 20, după care pot reîncepe numărătoarea de la 1, cu o frecvență de un număr pe secundă. De obicei, numărătoarea mai continuă câteva secunde și după ce ochii s-au închis (Weitzenhoffer, 1957).

Alți terapeuți utilizează numărătoarea în sens descrescător de la 10 sau 20 dorind, prin sensul numărării, să sugereze coborârea spre stările profunde ale transei. Fiecărui număr i se asociază sugestii de relaxare și confort. După câteva inducții, va fi suficientă doar numărarea, deoarece se realizează deja o condiționare. Iată un fragment dintr-un astfel de scenariu (cititorul poate găsi acest procedeu și în partea de inducție a Scării de hipnotizabilitate a lui Shor și Orne prezentată în Anexa 4):

„Peste câteva momente voi începe să număr înapoi de la zece la unu și, pe măsură ce număr rar înapoi, te vei relaxa treptat cu fiecare număr și când voi ajunge la numărul unu te vei simți foarte relaxat și confortabil... Și voi începe acum cu numărul zece... relaxează-te confortabil și... inspiră... expiră... într-un ritm confortabil pentru tine,., și... nouă, relaxează-te din ce in ce mai mult simțind că sentimentul de relaxare devine din ce în ce mai intens cu fiecare clipă... și, opt - te simți din ce in ce mai liniștit... ".

Alte variante ale acestei tehnici presupune ca pacientul să numere înapoi de la 100 la I în timp ce terapeutul, cu fiecare număr, verbalizează sugestii de relaxare, oboseală plăcută și somnolență. De foarte multe ori, pacienții pierd șirul numărării și intră în transă înainte ca să ajungă la cifra unu.

Deseori, în aceste variante, tehnica numărării este combinată cu fixarea unui stimul extern.

Alteori, pacienții sunt puși să numere înapoi de la 1000 la 1 din 7 în 7. Efortul provocat de această sarcină favorizează intrarea rapidă în transă, mai ales că el este dublat de decuplarea pacientului de la sîimulii externi.

3. Tehnici de adâncire a transei

Aceste tehnici sunt utilizate îndeosebi în cadrul hipnozei tradiţionale, deoarece modelele terapeutice pe care aceasta le fundamentează pun un accent deosebit pe profunzimea transei.

Toate tehnicile utilizate după terminarea inducţiei formale (care de cele mai multe ori coincide cu închiderea ochilor) au ca scop adâncirea transei. Aceste tehnici reiau o parte din sugestiile utilizate în timpul inducţiei iniţiale sau conţin o scrie de probe de sugestibilitate care îşi propun să accentueze pacientului credinţa că se comportă ca o persoană hipnotizată.

Uneori, doar simpla tăcere a terapeutului poate favoriza adâncirea transei. După terminarea inducţiei, terapeutul îi poate spune pacientului că el va tăcea câteva momente pentru a-i permite să se „bucure de starea plăcută de relaxare a transei şi chiar să o adâncească...". Tăcerea nu trebuie să fie prea lungă, iar terapeutul poate să-şi semnaleze prezenţa sincronizându-şi respiraţia cu cea a pacientului şi alingându-i uşor mâna. Observând limbajul corpului pacientului, terapeutul poate avea un *feedback* corespunzător ; de asemenea, se poale solicita o semnalizare ideomolorie a momentului în care pacientul consideră că a alins un nivel profund al transei.

3.1. Metafora coborârii scărilor sau a liftului care coboară

Evident, aceaslă tehnică utilizează o metaforă în care coborârea treptată, pas cu pas, apropie pacientul, în ritmul său, de starea profundă a transei:

„Aş dori acum să-ţi imaginezi că te afli în partea superioară a unei scări care conţine trepte speciale, trepte ale relaxării... si, în timp ce trăieşti starea de relaxare in care te afli, poţi coborî prima treaptă a acestei scări speciale... şi acest prim pas ie relaxează şi mai profund... Şi acum poţi coborî încă un pas, mergând, spre o stare din ce în ce mai profundă... şi mai profundă de relaxare şi de absorbţie în senzaţiile plăcute ale corpului şi spiritului tău... apoi poţi coborî încă o treaptă pentru a coborî încă mai profund în starea de confort şi relaxare... ".

Inducţia rapidă pentru obţinerea analgeziei hipnotice propusă de J. Barber (1977) şi prezentată în Anexa 1 este o bună ilustrare a acestei tehnici.

3.2. Catalepsia braţului - Scenariu Weitzenhoffcr

Această tehnică este descrisă de A. Weitzenhoffer (1957, pp. 215-216) şi îşi propune adâncirea transei prin provocarea unui răspuns hipnotic evident: imposibilitatea îndoirii braţului după ce s-a sugerat că acesta devine rigid ca o bară de tîer. lată scenariul propus de A. Weitzenhoffer:

„Dormi... adânc ... profund ... Ochii tăi sunt grei... j'-o-a-r-l-e g-r-e-i... Ei sunt puternic lipiţi, atât de bine lipiţi, încât nu-i poţi deschide, oricât de mult ai încerca. NU POŢI DESCHIDE OCHII. ÎNCEARCĂ! NU-I POŢI DESCHIDE... încearcă cu putere ... Bine. acum încetează să med încerci. Devii din ce în ce mai profund adormit... tot mai profund. Ridică-ţi mâna [în timp ce spui asta cuprinde-i uşor braţul şi dirijează-! uşor la înălţimea umărului sau deasupra

capului]. *întinde bine mâna. Strânge pumnul • • • Strânge-l puternic ... MAI PUTERNIC! Brațul tău devine rigid, brațul tău în întregime devine RIGID! DUR! CA O BARĂ DE OȚEL! NU* ***POȚI ÎNDOI BRAȚUL,*** *NU-L* ***POȚI*** *MIȘCA. încearcă. NU POȚI... încearcă puternic ... E în regulă acum, poți mișca brațul.* [S-ar putea ca unor subiecți să trebuiască să le dai mai multe contrasugestii decât aceasta.] *Coboară-l ușor pe genunchiul tău. In timp ce faci asta te afunzi într-un somn foarte adânc. • • d-i-n c-e î-n c-e m-a-i a-d-â-n-c.* [Dacă subiectul coboară lent mâna, poți adăuga: *„Când mâna ta va atinge genunchiul, vei fi într-un somn foarte P-R-O-F-U-N-D... Adormi din ce în ce mai profund, ...din ce în ce mai p-r-o-f-u-n-d".* Oricare ar fi situația, atunci când mâna subiectului ajunge să se odihnească pe genunchiul lui, continuă astfel:] *Ești p-r-o-f-u-n-d adormit acum. D-o-r-m-i!*

P-r-o-f-u-n-d, p-r-o-f-u-n-d adormit!... Corpul tău este acum foarte relaxat. Nu simți nevoia să te miști. Tot ce dorești este să d-o-r-m-i... tot mai p-r-o-f-u-n-d, tot mai a-d-â-n-c...

Ești de acord să faci orice îți spun eu să faci. Mă poți auzi foarte bine. Vei fi capabil să răspunzi întrebărilor mele și să faci tot ceea ce îți cer, dhr vei rămâne profund adormit. Chiar daca îți voi spune să deschizi ochii, nu te vei trezi până nu îți voi spune eu să faci asta. De fiecare dată și oricând în viitor îți voi spune să dormi, vei intra imediat într-un somn profund. Imediat ce voi spune cuvântul «somn» sau îți voi spune să dormi, ochii tăi vor deveni foarte grei, vei deveni foarte somnoros, ochii tăi se vor închide și vei adormi profund... Aceasta se va întâmpla de fiecare dată și oricând îți voi spune sâ adormi... pronunțând cuvântul «somn». [Dacă dorești, poți înlocui aici cu alte semnale sau, preferabil ar fi. sâ le adaugi instrucțiunilor anterioare.] *Dar acum dormi, ... p-r-o-f-u-n-d, a-d-â-n-c... Voi înceta să-ti mai vorbesc pentru câteva momente, dar tu vei continua să adormi tot mai profund și să nu lași ca ceva sâ te deranjeze... Auzi numai sunetul vocii mele. Când am să vorbesc din nou cu line, nu vei fi surprins... Acum dormi... p-r-o-f-u-n-d... adânc.* [Nu mai vorbi pentru 5-10 minute, apoi cu o voce foarte scăzută, chiar șoptită, continuă-ti sugestiile, în mod gradat, dar crescând cât se poate de rapid volumul vocii talc] *Ești acum adânc adormit. Poli auzi orice, foarte bine, dar tu vei acorda atenție numai sunetului vocii mele.* [Amintcște-ți că ai spus mai devreme că subiectul va auzi doar sunetul vocii tale. Asupra unui subiect foarte sugestibil acest fapt ar avea efectul de a-I face surd la alte sunete, așa că trebuie sâ fii atent, să îndepărtezi acest efect, atunci când este cazul.]".

în principiu, majoritatea testelor de sugestibilitate (deja prezentate) pot fi utilizate pentru adâncirea transei, deoarece aceste nu fac altceva decât să evidențieze o parte din caracteristicile transei hipnotice: funcționarea autonomă, disocierea etc.

4. Inducții non-formale, naturale, ale transei

4.1. Caracterizare generală

Inducțiile standardizate, formale ale transei prezentate in paragraful anterior au la bază teoriile care consideră hipnoza ca o stare modificată, dacă nu chiar artificială, a conștiinței. Conform acestor teorii, pentru ca cineva să treacă din starea normală, de veghe, în transa hipnotică, el trebuie „indus" de către hipnoterapeut prin utilizai ea **unor** tehnici adecvate. Aceste inducții, deși privesc transa ca efect al unei interacțiuni personale (inductor-indus), pun mai degrabă accentul pe tehnicile utilizate și mai puțin pe procesele psihologice care se dezvoltă în cursul acestei interacțiuni. Acest fapt este dovedit și prin ritualizarea. uneori excesivă, a tehnicilor utilizate.

Inducțiile naturale ale transei pornesc de Ia teoriile care subliniază continuitatea între starea de veghe și transa hipnotică și care evidențiază faptul că multe dintre manifestările transei sunt trăite de majoritatea oamenilor în viata de zi cu zi.

Principiul fundamental al inducţiilor non-formale este acela de a *accepta si utiliza* manifestările pacientului. Acest tip de inducţie (pe care îl vom numi de acum înainte *„ericksonian")* este mai degrabă un proces de sincronizare cu pacientul şi, tocmai de aceea, este greu de formalizat, de standardizat. Am putea folosi metafora dansului: nu putem şti dinainte ce paşi vom face când începem să dansăm cu cineva, din moment ce paşii noştri sunt funcţie de paşii partenerei (partenerului). Rolul hipnoterapeutului este acela de a iniţia şi a însoţi pacientul în demersul de construcţie a transei. De altfel, una din cele mai cunoscute cărţi despre M. Erickson se şi numeşte *Vocea mea te va însoţi* (S. Rosen, 1986).

în timp ce hipnoza tradiţională considera că eficienţa unei sugestii hipnotice este asigurată de felul în care aceasta este construită, hipnoza ericksoniană pune accentul nu atât pe tehnică, pe formularea sugestiilor, cât mai ales pe abilitatea terapeutului de a activa anumite lanţuri asociative la pacient şi de a le utiliza în scopuri terapeutice. Procesele asociative, declanşate de către hipnoterapeutul ericksonian, nu pot fi anticipate cu precizie, de aceea transa este o realitate psihologică pe care terapeutul şi pacientul o construiesc în baza unei relaţii colaborative permanente, pacientul fiind cel care furnizează, pe măsura dezvoltării procesului, materialul necesar acestei construcţii.

Referindu-se la rolul pacientului în crearea transei, I. A. Malarewicz spune: „Pacientul este cel care, în mare măsură, se pune în stare de hipnoză, terapeutul nefiind acolo decât pentru a-i procura un cadru specific, pentru a-i da câteva indicaţii şi a-l însoţi în transa sa hipnotică".

Inducţia ericksoniană se sprijină nu numai pe informaţiile obţinute de terapeut în cursul interviului preliminar, ci şi pe ceea ce acesta observă direct în cursul inducţiei înseşi. Astfel, el se poate adapta constant la reacţiile - mai ales nonverbale - ale pacientului.

Erickson şi Rossi au definit o „microdinaniică" a transei cu scopul de a diferenţia abordarea propusă de ei de celelalte tipuri de inducţie. Deşi, după cum subliniam deja, inducţia ericksoniană cu greu ar putea fi formalizată, am putea totuşi distinge, într-o manieră didactică, următoarele stadii:

- focalizarea atenţiei;
- depotenţializarea conştiinţei;
- stimularea căutării interne;
- activarea unor procese inconştiente ;
- răspunsul hipnotic.

Menţionăm, în continuare, câteva dintre tehnicile pe care Erickson şi Rossi le recomandă pentru realizarea obiectivelor fiecărui stadiu (1976, p. 229):

Focalizarea atenţiei:

- poveşti care motivează, captează interesul, fascinează;
- tehnici de fixare a ochilor;
- imageric mentală;
- levitaţia braţului;
- relaxare şi orice modalitate de stimulare a unor experienţe interne de natură senzorială, perceptivă sau emoţională.

Depotențializarea conștiinței:
- șoc, surpriză, slimuli neobișnuiți;
- modificarea cadrelor de referință *(reframing),* anularea îndoielilor, rezistențelor, insucceselor;
- distragerea;
- disocierea și dezechilibrarea;
- supraîncărcarea cognitivă;
- confuzia;
- paradoxul;
- legături și duble legături;
- decondiționări prin intermediul dinamicii vocii;
- amnezii structurate;
- a nu face, a nu ști;
- pierderea unor abilități;
- îndoiala etc.

Căutarea inconștientă:
- aluzii, jocuri de cuvinte ;
- metafore, analogii;
- implicarea;
- directive implicate;
- semnalizare ideomotorie;
- cuvinte care inițiază un demers explorativ ;
- întrebări și sarcini care determină o căutare inconștientă ;
- pauze însoțite de o atitudine de așteptare din partea terapeutului;
- sugestii deschise;
- sugestii care acoperă toate posibilitățile de răspuns ;
- sugestii compuse;
- indicatori intcrcontextuali și sugestii.

Activarea unor procese inconștiente :
- cumularea:
  - sugestiilor „presărate" ;
  - asociațiilor individuale;
  - a semnificațiilor multiple ale cuvintelor;
- procese autonome senzoriale și perceptive;
- procese primare freudiene;
- mecanisme de apărare freudiene;
- Efectul Zicgarnik etc.

Răspunsul hipnotic:
- exprimarea comportamentelor potențiale, trăite ca manifestări hipnotice sau petrecându-se într-o manieră autonomă, de la sine.

O bună parte a tehnicilor menționate au fost deja prezentate în paragrafele anterioare. Acum. vom descrie doar câteva din principiile și mijloacele de inducție ericksoniană care nu au fost prezentate, sau au fost doar amintite sumar.

4.2. Principii și mijloace de inducție ericksoniană

4.2.1. *Depotențializarea conștiinței*

Tehnicile de depotențializare a conștiinței au ca efect principal producerea unei rupturi în procesul de orientare spre realitatea externă. Conștiința are o mișcare spontană spre exterior. Când echilibrul psihologic nu inai poate fi păstrat prin prelucrarea stimulilor externi, atunci este declanșată, în mod spontan, o căutare internă, la nivel inconștient, cu scopul restabilirii acestui echilibru. Această depotențializare apare spontan în viața de zi cu zi; „cădem pe gânduri" - de fapt declanșăm o căutare internă - ori de câte ori stimulii externi și informațiile disponibile conștiinței nu ne conduc ta rezolvarea unei probleme.

Sugestiile satisfac nevoia de echilibru și vin în întâmpinarea căutării declanșate de depotențializarea conștiinței: „Acceptarea sugestiilor terapeutului va fi direct proporțională cu gTadul optimal de destructurare și cu caracterul adecvat al sugestiilor terapeutului în vederea restructurării unui pacient anume într-o manieră terapeutică" (Erickson, Rossi, 1976, p. 145).

Erickson utiliza frecvent confuzia, deoarece considera că ea este baza oricărei bune tehnici hipnoterapeulice. El povestește o întâmplare în care. utilizând confuzia, a indus o stare catalcptică unei persoane foarte grăbite. într-o zi, mergând spre universitate, la colțul unei străzi este lovit puternic de un bărbat care era foarte grăbit. înainte ca acesta să apuce să spună ceva, M. Erickson și-a ridicat mâna, s-a uitat la ceas și i-a spus politicos, ca și cum fusese întrebat cât era ora : „este exact ora 14 și 10 minute". De fapl era aproape ora 16. Apoi s-a depărtat liniștii. După câțiva zeci de metri, uitându-se înapoi, a vă- ut persoana grăbită, vizibil surprinsă de ceea ce se întâmplase, care încă mai stătea nemișcată uitându-se după el.

Fixarea atenției poate deveni sursă de confuzie. Fixarea intensă a unui obiect restrânge vederea periferică, și zona fixată devine mai mare, ocupând întregul câmp vizual. Pacientul ajunge astfel ia o percepție distorsionată care produce confuzie.

Confuzia poate fi indusă și prin *utilizarea negației.* Două negații conduc la o afirmație, dar, când utilizăm trei negații, lucrurile se complică și mai mult. Și, în timp ce mintea conștientă este ocupată cu descoperirea sensului frazei, inconștientul devine mai receptiv la sugestiile terapeutului.

Exemple:

1) *„nu există persoană care să nu știe că nu se împiedică să intre in transă..."* (S. Tenenbaum, 1996, p. 52).

2) „ - *Și nu-mi răspunzi, nu-i așa ?*" (pacienta face cu capul semn pentru *„nu").*
„ - *Și nu-mi veți răspunde, da ?"* (pacienta face semn cu capul pentru *„nu").*
„ - *Foarte bine. Și poți auzi tot ce spun ? Nu poți ?*" (pacienta face cu capul semn pentru

„ - *Și nu vei putea auzi tot ce-ți voi spune ? Vei putea ?"* (pacienta face cu capul semn pentru *„nu")* (Erickson, Rossi, 1981, p. 168).

De obicei, „realitatea" este ceva accesibil simțurilor noastre. Ce se întâmplă însă când senzațiile pe care le trăim se organizează într-o aită structură decât cea pe care o

ştiam? Suntem surprinşi, nu ştim care ar putea fi cea mai bună reacţie..., de aceea întârziem să elaborăm un anume comportament până vom pune „ordine", declanşăm o căutare internă..., care ne face sensibili la orice stimul care ne-ar oferi iluzia realităţii pe care o căutam.

Utilizând acest principiu. M. Erickson transforma o simplă strângere de mână într-un procedeu eficient de inducere a transei. Strângerea mâinii unei alte persoane unpiică o serie de acte reflexe pe care le-am învăţat de la vârste mici. Perturbarea acestei secvenţe creează o confuzie şi o depotenţializare a conştiinţei. M. Erickson strânge mâna pacientului în aşa fel încât acesta nu-şi dă seama dacă contactul mai persistă sau nu. în acest caz, informaţiile proprioceptive rămân contradictorii. în plus, şi simultan, el poale adresa pacientului, verbal, mesaje confuzive sau îşi poate fixa privirea pe un punct aflat în spatele subiectului.

Supraîncărcarea conştiinţei este un alt procedeu utilizat pentru producerea confuziei. Dacă, în timp ce citiţi aceste rânduri, vă aflaţi într-un fotoliu, vă rog să vă luaţi o mică pauză şi să vă ridicaţi din fotoliu, dar nu înainte de a fi atent la ce anume muşchi şi în ce ordine se încordează peniru a realiza această mişcare ! Ce se întâmplă? încercând să prelucraji rapid atâtea informaţii rămâneţi blocat! Se întâmplă ca atunci când, lucrând la computer, deschidem prea multe fişiere în acelaşi timp şi computerul se blochează. în astfel de situaţii, pentru deblocarea computerului, facem manevre bizare - încercăm să deschidem sau să închidem fişiere fără nici un scop anume, doar-doar computerul se va debloca! La fel se întâmplă şi cu pacientul „blocat" de sarcina prescrisă: va deveni receptiv la orice comandă, chiar fără nici o legătură cu ceea ce făcea mai înainte, numai ca să iasă din starea respectivă. Deseori, utilizez ca metodă de inducţie numărarea; cer pacientului să permită unei părţi din el să numere crescător din trei în trei până la 45, iar altei părţi din el să numere descrescător de la 45 la 1. Evident că singura modalitate pentru pacient de a evada din blocajul cognitiv astfel provocat este să dea curs sugestiilor de intrare în transă !

Şocul şi surpriza pot provoca, ştim deja din experienţa cotidiană, un fel de scurt-circuitare a conştiinţei. Cadrele de referinţă obişnuite sunt buleversate, iar persoana - în căutarea unui echilibru - devine foarte receptivă la orice informaţie care satisface această nevoie. Toţi cunoaştem expresia „a te agăţa de un fir de pai" cu referire la comportamentul oamenilor în situaţii dificile. Utilizând tehnica surprizei, M. Erickson a indus o transă hipnotică unui medic care, în timpul unei conferinţe, a afirmat că nimeni nu-l poate hipnotiza : „Voi demonstra că nimeni nu mă poate hipnotiza ! ". La această provocare, M. Erickson s-a apropiat de el cu paşi hotărâţi, cu intenţia vizibilă de a-i strânge mâna, dar, în ultimul moment, el s-a aplecat în faţa lui pentru a-şi lega şireturile la pantofi. Bărbatul, dezorientat, a rămas încremenit cu mâna întinsă în gol şi foarte vulnerabil la primul mesaj comprehensibil în acord cu situaţia în care se găsea. După ce şi-a legat ultimul şiret, M. Erickson i-a spus : „Pur şi simplu inspiră profund, aşaxă-lc pe scaun, închide ochii şi intră într-o transă profundă ! ". Ceea ce s-a şi întâmplat.

Unei paciente, care venea de la mare distanţă (la insistenţa familiei) şi care a început să-i povestească lui M. Erickson că mai mulţi medici n-au putut să o hipnotizeze, acesta i-a spus: „Nu pot să te hipnotizez pe tine, doarbraţultău" După ce pacienta şi-a exprimat surprinsă nedumerirea, M. Erickson a continuat: „Este exact ceea ce vreau

să-ți spun. Nu te pot hipnotiza". Apoi, cu o voce relaxată, a adăugat rapid, într-un singur cuvânt: „doarbrațultău, vezi! ", Şi i-a ridicat uşor brațul care a rămas în aer, apoi i-a spus: „Pur şi simplu închide ochii, inspiră profund, intră într-un somn profund şi, pe măsură ce faci acest lucru, brațul tău va coborî încet să se odihnească pe coapsa piciorului tău, în timp ce tu dormi profund şi confortabil până când te voi trezi". Iar pacienta, care afirmase că nu poate fi hipnotizată, se afla deja într-o transă profundă la câteva minute după intrarea în cabinetul lui M. Erickson (M. Erickson, 1964, pp. 204-205).

Utilizarea şocului psihologic presupune mai întâi realizarea unui climat de încredere şi de protecție a pacientului şi integrarea lui într-o strategie terape Jtică. Ilustrăm tehnica şocului cu unul din cazurile prezentate de M. Erickson în una din conferințele sale (M. Erickson, 1990, p. 136).

Este vorba de un cuplu care, deşi se străduia să aibă un copil, soția nu rămăsese niciodată însărcinată. Soțul repetase deja de două ori următoarea frază în fața lui M. Erickson:

„De trei ani, ne-am angajat într-o uniune matrimonială nocturnă şi diurnă cu un scop procreațiv cu o culminarc fiziologică totală, dar fără succes".

Comportamentul rigid al cuplului l-a determinat pe M. Erickson să utilizeze o strategic „şocantă":

„Cred că pot rezolva problema voastră. De fapt, cred că problema voastră va fi uşor de rezolvat. Există o terapie de şoc. Există mai multe tipuri diferite de. terapii de şoc. Puteți să fiți tratați cu electroşocuri, puteți să ave/i o terapie prin şoc psihologic sau una prin şoc emoțional. Nu doresc să utilizez electroşocul, dar, dacă doriți, aş putea utiliza o terapie prin şoc care va rezolva problema noastră. Reflectaşi liniştiți la aceasta şi poale dorifi să discutați in absența mea in cabinet. Voi reveni peste o jumătate de oră...". După pauza de gândire de jumătate de oră, finalizată cu acordul de a suporta o terapie de şoc, M. Erickson a continuat:

„Ei bine, țineți-vă bine cu mâinile de scaune... Mi-ați spus că, de trei ani, v-afi angajat într-o uniune matrimonială nocturnă şi diurnă cu un scop procreativ cu o cutminare fiziologică totală... Acum, din tot ceea ce vă voi spune voi omite un singur cuvânt... De ce naiba nu vă sărutați şi voi de plăcere ?!".

Cei doi soți au rămas şocați, încremeniți pe scaunele lor. După trei luni soția era însărcinată ! (observați tensiunea afectivă în creştere a relației terapeutice şi utilizarea. în momentul producerii şocului, a unui cuvânt cu conotații multiple, inclusiv sexuale, şi care, în mod paradoxal, avea rolul de a produce plăcere [sexuală] pacienților).

4.2.2. *Acordarea unor permisiuni*

Inducția ericksoniană nu utilizează formulări imperative de tipul :

„închide ochii! ", „Dorini!"

şi nici predicții categorice :

„Vei închide ochii", „ Vei respira din ce în ce mai lent... ".

'De asemenea, terapeutul îşi interzice formularea unor afirmații contrare a ceea ce observă la pacient, sub pretextul de a-1 „ajuta" pe acesta. A spune, de pildă, cuiva care are ochii larg deschişi - „pleoapele tale sunt grele" - înseamnă a produce o desincronizare cu efecte negative asupra inducției şi relației terapeutice în general.

Dimpotrivă, terapeutul acordă permisiuni:

„Poți ține ochii deschiși"... „Aici, acum, Îți permit să simți ceea ce simți, să gândești ceea ce gândești... sau îți permiți să nu faci nimic; să nu te gândești la nimic..., ci doar să rămâi un spectator curios al senzațiilor și gândurilor care se dezvoltă in corpul și mintea ta...".

Terapeutul formulează invitații:

„Te invit să te situezi tu însuti in starea în care te simți cel mai bine",

sau evocă:

„Anumite persoane se concentrează asupra respirației lor, altele asupra senzațiilor care se dezvoltă în mâini sau picioare... Chiar dacă nu ești destins... deși unele persoane preferă să se destindă... Ui poți permite să simți ceea ce simți. • - să lași mușchii tăi să facă ceea ce doresc să facă.., ".

Este important să nu impunem nimic, ci doar să creăm un cadru care să declanșeze o căutare finalizată cu o anumită imagerie mentală și cu trăirea de către pacient a propriilor experiențe în deplină libertate.

\ferbele: „trebuie", „este necesar să" sunt interzise în vocabularul cricksonian. Dacă o persoană este tensionată, este mai bine să evităm utilizarea unor sugestii directe de tipul:

„Uestinde-te... respiră liniștit! ".

Este preferabil să utilizăm următoarea formulare:

„ în ritmul tău, poți să te destinzi, lent sau rapid, cum vei hotărî și cum vei dori... poți, de asemenea, să rămâi încordat cât timp dorești, dacă această încordare îți asigură sentimentul de liniște de care ai nevoie...".

Această formulare vehiculează un paradox : de cele mai multe ori „permisiunea" de a rămâne încordat antrenează aproape imediat relaxarea persoanei.

4.2.3. *Utilizarea cuvintelor cu conținut general*

în limbajul inducției ericksoniene există o seric de cuvinte polisemantice: speranțe, vise, resurse, senzații, gânduri, credințe, amintiri, învățări, precum și cuvinte cu un conținut abstract: strălucitor, curajos, iubitor, inteligent etc.

De cefe mai multe ori, atunci când utilizăm aceste cuvinte în limbajul cotidian, avem iluzia că interlocutorul nostru a activat imagini și experiențe similare celor trăite de noi. De fapt, cu cât aceste cuvinte sunt mai bogate în înțelesuri, cu atât ele au o mai mare șansă de a declanșa o căutare internă, conducând astfel la identificarea unor experiențe strict individuale care pot fi circumscrise sferei semantice a cuvintelor-stimul.

Hipnoterapeurul creează o căutare inconștientă prin fixarea atenției conștiente. Fixarea se produce dacă terapeutul sugerează că termenii polisemantici ar exprima în fond un înțeles precis. Fenomenul căutării este rezultatul încercării de a elimina numărul mare de semnificații neimportante și de a o găsi pe cea valabilă în cazul respectiv. Dacă terapeutul spune:

,.... și inconștientul tău știe că ceea ce tu numești sensibilitate este de fapt o resursă... ",

atunci subiectul va declanşa o căutare a unor experienţe pozitive care contrazic ideea iniţială, conform căreia sensibilitatea este echivalentă cu vulnerabilitatea.

Substantivele denumesc realităţi statice, permanente, in timp ce verbele implică ideea schimbării. De aceea, ori de câte ori un terapeut ericksonian se referă la potenţialul pozitiv al pacientului, acesta utilizează mai ales substantive: resurse, experienţe, învăţări, acumulări, amintiri etc. Observaţi că aceste substantive exprimă de fapt procese, dar, prin substantivizarea lor, terapeutul sugerează permanenta lor. Dacă spun „învăţ", verbul exprimă o realitate în schimbare: „sunt pe cale de a acumula cunoştinţe, de a-mi forma deprinderi care nu sunt încă fixate, nu au încă pe deplin potenţialul lor acţionai". Când fac însă apel la „învăţările" mele, atunci evoc cunoştinţe, deprinderi finisate, capabile să producă efectele dorite în comportamentul meu.

în virtutea celor menţionate mai sus, ar fi de dorit ca terapeuţii să elimine din discursul lor substantivele şi adjectivele complexe cu conotaţii negative pentru pacient.

4.2.4. *Utilizarea elementelor limbajului ericksonian*

Ne referim la clementele care au fost descrise deja, în mod deosebit la confuzie, presupoziţii comportamentale şi alternative iluzorii:

> *„... nu ştiu dacă vei intra in transă cu ochii deschişi sau închişi..., nu ştiu dacă vei intra în transă acum sau moi târziu... R>ate vei închide ochii acum sau mai târziu, sau poate îi vei păstra deschişi pe toată durata transei şi nu ştiu nici dacă vei intra într-o transă uşoară sau profundă ".*

Aceste alternative întreţin pacientului iluzia libertăţii de a-şi construi propria transă în ritmul său. Utilizarea formulărilor referitoare la timp: „după...", „... în timp ce...", „când...", creşte caracterul permisiv al inducţiei. De asemenea, este util să formulăm presupoziţii referitoare la resursele inconştientului, văzut ca un rezervor de resurse, experienţe, înţelepciune:

> *„Inconştientul tău a învăţat tot timpul, din succese şi insuccese, ce trebuie făcut, cum anume şi când, ce nu trebuie făcui etc... şi această înţelepciune îţi permite să priveşti în foarte multe feluri realitatea în care te afli, evenimentele pe care le trăieşti etc. ".*

4.2.5. *Acordarea libertăţii de a rezista*

Pentru M. Erickson, acordarea libertăţii de a rezista este cea mai bună modalitate de a evita orice formă de rezistenţă:

> *„Ai, de fapt, tot dreptul să nu mă crezi şi sâ rămâi sceptic... Uneori este cea mai hună* ***atitudine fa/ă*** *de anumite situaţii şi, chiar te încurajez să asculţi cu atenţie toate cuvintele mele... Nu există un singur fel de a trăi o transă hipnotică. Tot ce ai de făcut este de a trăi această experienţă în felul tău... Chiar dacă «nu vei intra» în transă... "* (Tencnbaum, 1996, p. 79).

Această sugestie creează contextul relaţional necesar construirii de către pacient a unei stări de încredere şi confort care să-i permită o mai bună comunicare cu terapeutul şi cu el însuşi, cu acea parte din el pe care o numim „inconştient". Nu contează dacă, pentru a denumi această realitate, utilizăm sau nu cuvântul „transă".

4.3. Tipuri de inducţie ericksoniană

Am amintii deja că tehnicile de inducţie ericksoniene nu pot, prin definiţie, să fie strict codificate - ele diferă funcţie de subiect.

Din motive didactice, deosebim acum mai multe tipuri de inducţie :

- inducţii prin utilizarea experienţelor anterioare;
- inducţii fondate pe date senzoriale prezente;
- inducţii prin sugestii deschise.

4.3.1. *Inducţii prin utilizarea experienţelor anterioare* (stări de absorbţie cotidiene, transe hipnotice)

Obiectivul inducţiei este orientarea atenţiei pacientului spre interiorul lui cu scopul de a-i facilita retrăirea unor stări de absorbţie internă pe care le cunoaşte foarte bine sau de a retrăi senzaţiile dezvoltate în transele induse anterior de terapeut.

Dc-a lungul unei zile noi trăim toate formele modificate ale conştiinţei: de la somn până la hipervigilentă, trecând prin somnolenţă, reverie, absorbţie etc. De aceea, terapeutul poate utiliza pentru inducţie experienţele deja trăite în mod cotidian: stări de reverie, „hipnoza" la volanul maşinii conduse pe un drum lung şi monoton, absorbţia provocată de cititul unei cărţi sau de vizionarea unui spectacol etc. în timpul evocării unor astfel de experienţe, terapeutul poate modela comportamentul pacientului, adoptând o anume imobilitate, rărindu-şi respiraţia, privind în gol absorbit de ceea ce povesteşte şi vorbind într-o manieră analogică.

Imediat ce observă apariţia unor manifestări ideodinamice, terapeutul le va utiliza pentru construcţia transei, utilizând formulări de tipul:

„Pe măsură ce simţi Xpoli să trăieşti ¥...".

Deşi nu este necesar ca subiectul să închidă ochii, terapeutul îi poate sugera acest lucru într-o manieră indirectă.

lată câteva formulări utile :

„ Când eşti foane concentrat asupra cărtii pe care o citeşti, sau asupra emisiunii preferate de la televizor... ori asupra ritmului sacadat al roţilor de tren... eşti deja mai puţin conştient de zgomotele din jur. nu ştii cum trece timpul, uiţi de propriul corp şi abia într-un târziu constaţi că (i-ai uitat mâna sau piciorul în poziţii incomode şi au amorţit... ".

Sau:

. . . . .Te poţi gândi la situaţiile în care erai aşa de absorbit de a experienţă anume încât ai uitat să mai observi ceea ce se întâmplă în jurul tău ? Fiecare persoană are experienţe în care.., le descoperi atât de relaxat... amintindu-ţi, gândindu-te... şi poţi să-ţi aminteşti o experienţă care a fost atât de plăcută... încât ai uitat cum trece timpul... şi ai uitat să observi zgomotele şi faptele din junii tău... şi doar gândurile tale erau importante... şi apoi poţi să te simţi atât de relaxat... şi este atât de minunat că te poţi cufunda atât de mult în gândurile tale... încât vocile persoanelor din jur se risipesc aiurea... şi eşti singur cu gândurile tale... şi le simţi atât de bine... şi este timpul potrivit în care poţi învăţa ceva important... ".

Când pacientul a trăit deja o transă hipnotica, terapeutul ii cere să descrie ce anume a simţii şi să reformuleze, în termenii unor stări interne, toate senzaţiile sale : auditive, vizuale, kinestezice etc.

Iată câteva secvenţe din astfel de scenarii care valorifică experienţa transelor anterioare ale pacientului:

„îmi spuneai că, ultima dată, îţi simţeai capul greu, simţeai nevoia de a închide ochii... aveai impresia că întregul corp era mai cald... mâinile mai reci...".

*„Aş dori să începi prin a-li aminti experienţele avute în timpul transei anterioare... să-fi **aminteşti** cât de **confortabil** se poate simţi corpul tău... cât de lentă poate fi respiraţia ta... şi mă întreb dacă îţi vei aminti cât de **confortabil** este sâ stai şi să asculţi, pur şi simplu, pe cineva care-ţi descrie experienţele atât de diferite pe care le trăieşti... şi îţi aminteşti cât de bine te-ai simţit închizând ochii... şi amintirea acestei **relaxări profunde** face parte din tine... şi nu-i aşa că este plăcut să redescoperi ceva familiar care te poate ajuta... şi îţi poţi aminti camera în care ai învăţat să te simţi **atât** de **bine...** şi poţi vedea mobila, poţi auzi sunetele acelui loc şi, pe măsură ce-ţi aminteşti toate aceste, pofi să te simţi **confortabil** chiar în acest moment..."*

Cuvintele subliniate sunt sugestii „presărate" care accentuează efectul hipnotic al evocărilor experienţelor anterioare.

4.3.2. *Inducţii fondate pe date senzoriale prezente*

Transa este frecvent descrisă ca o stare de absorbţie în care subiectul este intens concentrat asupra unor stimuli şi ignoră complet alţi stimuli. în mod obişnuit, absorbţia este un proces orientat mai degrabă spre interior decât spre exterior.

într-o relaţie obişnuită suntem orientaţi dominant spre exterior, spre interlocutorul nostru. Când ne lăsăm „furaţi" de vreun gând, senzaţie, imagine şi diminuăm contactul cu exteriorul, suntem catalogaţi ca „distraţi", „neatenţi" etc.

în timpul inducţiei, terapeutul îşi propune să realizeze o tranziţie între focalizarea dominant externă spre una dominant internă. De obicei, acest proces cuprinde verbalizarea unor stimuli externi, uşor de receptat, după care este descris răspunsul intern al subiectului. în baza truismelor referitoare la stimulii externi, pacientul dezvoltă o atitudine de acceptare în raport cu răspunsurile sale interne doar presupuse de terapeut. Cu cât, iniţial, subiectul este centrat mai ales pe stimulii exierni, cu atât terapeutul îşi va începe inducţia prin verbalizarea acestora. O orientare prea rapida spre răspunsuri interne (ipotetice) ar putea compromite relaţia terapeutică.

Iată câteva din cuvintele utilizate frecvent pentru realizarea tranziţiei focalizare externă - absorbţie internă:

- *„şi":*

  „eşti pe cale să mă asculţi şi po(i evoca un loc unde te simţi bine" ;

  „ eşti aşezat în fotoliu şi îmi asculţi vocea şi ai putea fi pe cale să te gândeşti la cu totul altceva...".

- **„cu cât... cu atât..."** :

  ***„cu cât** eşti mai conştient de respiraţia ta, **cu atât** eşti mai atent la ceea ce se petrece în interiorul tău...*" ;

  *„cu **cât** te mişti mai mult în fotoliu, **cu atât** mai repede corpul îşi va găsi o poziţie mai confortabilă".*

- „în **timp** ce" :

„în timp ce mă asculți, te poți gândi la o scenă plăcută";
„în timp ce te concentrezi asupra senzațiilor care se dezvoltă în corpul tău, poți rămâne curios în legătură cu ceea ce va urma...".

Cu câl datele senzoriale conținute de sugestiile terapeutului sunt propuse într-o manieră mai permis ivă, cu atât inducția este mai eficientă:

„poți simți lemnul fotoliului în căușul palmelor tale... si ai putea să-ți imaginezi un loc plăcut...".

Iată o secvență dintr-un scenariu de inducție construit după acest principiu (adaptat după Yapko, 1990). Voi nota cu *„e"* sugestiile orientale"spre stimulii externi și cu *„i"* pe cele orientale spre stimulii interni:

„ Te afli așezat în acest fotoliu (e) si mă asculți descriindu-ți experiența intrării tale în transă (ej... și, in timp ce mă privești (e) poți simți fotoliul care îți susține confortabil corpul (e)... și. in timp ce observi fotoliul, poți auzi telefonul sunând undeva (e)... și este așa de confortabil... să știi că nu tu trebuie să răspunzi la telefon și îți permiți să te relaxezi treptat (i)... și poți observa obiectele aflate pe biroul meu (e)... și, în timp ce te uiți prin cameră, poți auzi sunetele obișnuite din jur (e)... și te poți simți atât de bine dându-ți seama că întregul corp se relaxează din ce în ce mai mult în voie (i)... și mintea ta poate începe să zboare spre o amintire plăcută (i)... și, in timp ce mintea ta zboară aiurea... poți simți cu vârful degetelor textura fotoliului (e) și, în timp ce simți aceasta textură, poți să mă auzi și pe mine (e)... și, în timp ce asculți vocea mea, poți deveni conștient de o anumită amintire (i)... una care simți că este importantă și ai dori să o retrâiești și să înveți ceva din ea {%)... o amintire care poate să-ți aducă aminte de ceva ce ai dori să știi acum... ".

Focalizarea pe experiențele interne se poate realiza și cu ajutorul unor înlrebări. In exemplul care urmează, primele înlrebări solicită un răspuns conștient, următoarele declanșează fie răspunsuri conștiente, fie inconștiente, în timp ce ultimele nu pot primi decât răspunsuri inconștiente, autonome :

1. *„ Vrei să găsești un punct pe care ai putea să-l privești confortabil ? "*
2. *„In timp ce continui să privești acest punct, pleoapele doresc să clipească ? "*
3. *„Pleoapele vor începe să clipească împreună sau separat ?* "
4. *„Lent sau rapid ? "*
5. *„ Ochii se vor închide dintr-o dată sau mai întâi se vor închide scurt de câteva ori până vor rămâne închiși ? "*
6. *„Ochii se vor închide treptat, în timp ce te vei simți din ce în ce mai confortabil în foto/iu ?* "
7. *„Foarte pine. Ochii pot rămâne acum închiși în timp ce te cufunzi într-o stare de confort ca și cum ai adormi ?* "
8. *„Această senzație de confort poale crește până la nivelul la care vei prefera chiar să nu mai încerci să deschizi ochii ?* "
9. *„Sau preferi să încerci pentru a te convinge că nu-i poți deschide ?* "
10. *„Și cât timp îți va trebui să uiți totul pentru că inconștientul tău dorește să viseze ?* "

4.3.3. *Inducții prin sugestii deschise*

Inducțiile prezentate până acum conțin în mod deosebit sugestii referitoare mai degrabă ia *conținutul* experiențelor sugerate și mai puțin la *procesele* implicate. Am arătat deja, în unul din paragrafele anterioare, că .sugestiile referitoare la procese sunt sugestii deschise și au, in principal, rolul de a crea un cadru care orientează pacientul în construirea propriei transe.

S. Tenenbaum (1990) propune un plan foarte util pentru realizarea unei astfel de inducții:

1. Terapeutul emite o afirmație generală cu privire la o experiență pe care dorește ca pacientul să o trăiască:

„Noi trăim tot felul de senzații..."

sau:

„Fiecare persoană este capabilă să se lase absorbită".

2. Urmează o nouă afirmație generală care indică faptul că această experiență se poate produce în multe feluri:

„... și aceste senzații au numeroase feluri de a se dezvolta în corpul nostru..."

sau:

„... ți atenția noastră se poate fixa pe numeroase experiențe diferite... ".

3. Terapeutul dă un exemplu precis privind felul în care poate fi trăită o astfel de experiență:

„... și nu știu dacă mâna ta va deveni mai caldă sau mai rece... "

sau:

„... de exemplu, anumite persoane sunt capabile să conștientizeze diferite senzații ale corpului lor și să-și fixeze atenția asupra acestor senzații diferite...".

4. Urmează un al doilea exemplu concret din aceeași categoric:

„... sau dacă vei simți o senzație deosebită in urechea dreaptă sau în cea stângă. •. ",

sau:

„... alții sunt capabili să se lase complet absorbiți de ascultarea unei melodii plăcute...".

5. Seria de sugestii continuă cu un al treilea exemplu:

„... sau dacă umerii tăi se vor simți mai grei sau mai ușori... "

sau:

„alții sunt capabili să vizualizeze o scenă agreabilă și să intre imaginar în această scenă...".

6. Terapeutul concluzionează cu o afirmaţie generala asupra faptului că persoana va trăi aceasta experienţă în felul lui:

„... dar ştiu că îţi poţi acorda plăcerea de a descoperi aceste senzaţii care suni pe cale sâ se dezvolte de la sine..."

sau:

„... fi în acest moment eşti pe cale să intri în maniera la proprie în această stare...".

Diferitele tipuri de inducţie prezentate până acum sunt, aproape în totalitate, forme de sincronizare. Terapeutul se abţine de la orice formă de interpretare şi nici nu pretinde că ştie cu adevărat ceea ce gândeşte pacientul. El nu face altceva decât să descrie comportamentele observate şi formulează presupoziţii. Astfel, se instaurează treptat o relaţie de încredere, cu atât mai mult cu cât pacientul nu poate nega adevărurile evidente descrise de terapeut (el este aşezat pe fotoliu, ochii îi clipesc etc). în baza acestei relaţii, şi utilizând formule adecvate pentru realizarea tranziţiei, pacientul va accepta elementele noi propuse de terapeut şi va plonja într-o căutare internă, respectiv, în transa hipnotică.

Mii ton Erickson a utilizat şi alte tehnici de inducţie precum numărarea, poveşti plictisitoare, metaforele etc.

5. Ieşirea din transă

Transa este o experienţa plăcută şi ca trebuie sâ se încheie la fel de plăcut. Este important ca, ieşind din transă, pacientul să-şi regăsească energia necesară continuării activităţii cotidiene. Pentru aceasta trebuie sâ avem grijă să anulăm toate sugestiile administrate în timpul transei. De obicei, în timpul procesului de reorientare a pacientului în starea de veghe, sunt reluate, într-o manieră sintetică, sugestiile terapeutice şi, eventual, sunt administrate sugestii posthipnotiee, fie cu caracter terapeutic, fie în scopul maximizării implicării în transele viitoare.

Momentul ieşirii din transă este decis de terapeut în funcţie de atingerea obiectivelor terapeutice sau de observarea la pacient a unor comportamente care semnalizează diminuarea progresivă a transei (modificarea respiraţiei, creşterea în frecvenţă a reflexelor de clipire şi înghiţire, modificarea frecventă a poziţiei corpului ele.).

Ieşirea din transă se poate realiza într-o manieră tradiţională, clasică - de obicei numărând în sensul invers numărării realizate în momentul inducţiei; cu fiecare număr sunt anulate sugestiile administrate în timpul inducţiei şi sunt reluate, într-o manieră condensată, sugestiile terapeutice. Dacă inducţia a fost una non-formală, dominant indirectă, atunci vom realiza o scoatere din transă în aceeaşi manieră:

„ în propriul tău ritm poţi reveni la starea obişnuită de veghe ".

Dacă pacientul are un braţ în levitaţie, îi putem sugera că, pe măsură ce braţul coboară, el revine treptat, în propriul său ritm, în starea obişnuită, de veghe.

Dacă dorim ca pacientul să ne povestească experienţele trăite în timpul transei, este bine să nu-l provocăm să ni le povestească imediat ce a ieşit din transă, deoarece putem perturba procesele asociative inconştiente care continuă să se manifeste şi după ieşirea

din transă sau putem să perturbăm procesul de instalare a amneziei posthipnotice în cazul în care acesta a fost sugerat.

în finalul acestui capitol, propunem schema rezumativă a unei inducţii complete realizate de S. Tenenbaum (1990):

- 1) Crearea contextului (faza conversaţională): stabilirea raportului, culegerea de informaţii utile pentru planificarea intervenţiei.
- 2) Dirijarea progresivă a atenţiei persoanei spre interiorul ei (absorbţie internă) ; asupra senzaţiilor, de exemplu.
- 3) Inducerea disociaţiilor conştient/inconştient.
- 4) Validarea şi aprofundarea (dacă este necesar) a stării hipnotice prin orientarea atenţiei persoanei asupra comportamentelor de tip hipnotic pe care le dezvoltă. Aprofundarea poate fî realizată cu ajutorul imaginilor, sugestiilor indirecte sau confuziei:

„Lumea exterioară este exterioară... şi lumea interioară este interioară... şi tu laşi lumea exterioară să se estompeze. •. pentru moment lumea interioară este mai interesantă... şi tu poţi continua aprofundarea acestei stări... ".

Este util, de asemenea, să formulăm generalităţi asupra stării hipnotice şi inconştientului pentru a enunţa astfel idei-cheie:

„... Starea hipnotică este o stare perfect naturală pe care o cunoaştem cu toţii... Inconştientul funcţionează într-o manieră autonomă... Este prietenul tău... ".

Poveştile şi exemplele sunt bine venite:

„A trăi o astfel de experienţă... este ca şi cum te-ai regăsi pe tine însuţi... ca şi cum ai regăsi un prieten apropiat de care te-ai depărtat fără să-ţi dai seama... şi este atât de bine să te regăseşti pe tine însuţi... ".

- 5) Utilizarea stării hipnotice pentru intervenţia terapeutică (a se vedea capitolele următoare).
- 6) Ieşirea din transă: reorientarea persoanei în starea sa de conştiinţă obişnuită, sugerându-i că el „revine" cât mai confortabil posibil:

„... In câteva momente... în ritmul tău... vei putea să te reorientezi in această cameră aducând cu tine tot ceea ce vei dori să aduci în mod conştient şi lăsând în urmă ceea ce vrei să laşi... şi tu vei putea reveni aici perfect odihnit şi asigurându-te că aduci cu tine toată energia de care ai nevoie pentru a termina această zi... ".

Putem continua cu următoarele sugestii terapeutice:

„... Şi în zilele care urmează, vei fi probabil surprins de ceea ce vei observa... şi inconştientul tău va continua să organizeze, în felul său, tot ceea ce tocmai ai trăit în timpul transei... şi inconştientul tău poate generaliza acest travaliu la diferite domenii ale vieţii tale... ".

CAPITOLUL VI

Manifestările specifice hipnozei și utilizarea lor clinică

1. Disocierea

Termenul de disociere este definit ca „separare a unor procese mentale de corpul principal al conștiinței cu diferite grade de autonomie" (Hilgard, 1992, p. 69).

Transa hipnotică are la bază disocierea conștient-inconștient. în timpul inducției, atenția pacientului se centrează selectiv asupra sugestiilor terapeutului, în timp ce inconștientul este activ implicat într-o căutare „transderivațională" a unor semnificații simbolice, asociații trecute și răspunsuri adecvate. Facilitarea disocierii de către transa hipnotică permite pacientului un acces mai direct la resursele inconștiente și la informațiile interne ale acestuia.

Caracterul disociativ al transei hipnotice poate fi evidențiat și de „procesarea paralelă" a informațiilor în timpul transei. în timpul transei, pacientul funcționează simultan la mai multe nivele de cunoaștere, fiecare operând relativ independent. Unul dintre aceste niveluri este relativ obiectiv și dezvoltă o înțelegere realistă a naturii experienței trăite de subiect; această parte a fost numită de către Hilgard (1977) - „observatorul ascuns". „Observatorul ascuns" este separat, disociat de experiențele sugerate ale transei și poate menține un anumit grad de obiectivitate în legătură cu aceste experiențe. Această caracteristică disociativă a transei permite pacientului să participe și să răspundă la sugestii în timp ce se și observă pe sine însuși implicându-se în această experiență.

Disocierea favorizează separarea experienței globale în mai multe părți componente, apoi creșterea gradului de conștientizare a unora dintre acestea, concomitent cu diminuarea gradului de conștientizare al altora. Disocierea permite hipnozei să conducă la efecte deseori surprinzătoare. Caracterul paradoxal al hipnozei derivă și din faptul că ea induce mai întâi un proces de disociere pentru a permite reasocieri ulterioare care sparg stereotipurile cognitive și comportamentale ale pacientului făcându-I astfel mai creativ. De altfel, M. Erickson se referea deseori la hipnoză ca la un proces de reasociere a vieții interioare. Mulți dintre noi au trăit în viata de zi cu zi momente disociative; ele se regăsesc în limbajul cotidian, prin expresii precum „o parte din mine dorește să rămână, alta dorește să plece", „ am senzația că mă văd din exterior și nu-mi vine să cred că...". Simțul umorului, a cărui valoare adaptativă a fost evidențiată de mulți terapeuți, are la bază un proces disociativ, deoarece „a face haz de necaz" presupune o disociere între „actor" (care trăiește necazul) și „observator" (care face haz de primul).

Prin disociere, oamenii devin mai liberi, deoarece cadrul spaţio-temporal al experienţelor devine mai puţin coercitiv : o parte din mine poate fi aici şi acum preocupată de ceea ce se petrece în jurul meu, în timp ce o altă parte poate fi altundeva şi într-un alt timp, ocupându-se de ceea ce este mult mai important pentru mine. Mintea conştientă poate fi ocupată cu informaţiile rezultate din focalizarea atenţiei asupra diverşilor stimuli interni sau externi, în timp ce inconştientul devine liber să reacţioneze în orice fel doreşte. Astfel, cu cât mai adâncă este transa, cu atât mai profundă este disocierea şi mai mare disponibilitatea pentru răspunsuri inconştiente.

Disocierea poate fi un mecanism cu efecte benefice asupra vieţii de zi cu zi (reveria, ale cărei efecte adaptative sunt cunoscute, are la bază un proces disociativ, în care partea conştientă din noi realizează un control minimal a ceea ce se întâmplă în jur, în timp ce o altă parte, inconştientă, devine liberă să exploreze zone, deseori inaccesibile în pian real) sau cu efecte mai puţin benefice (uneori depresia, de pildă, antrenează procese disociative: ne vedem din exterior şi ne autocompătimim...)- Alteori, disocierea poate deveni un mecanism de *coping* cu efecte neadaptative de intensitate patologică, aşa cum o dovedesc o serie de tulburări psihiatrice.

După cum am mai spus, transa hipnotică implică în mod necesar disocierea; disocierea permite manifestarea unor răspunsuri automate, spontane, reamintirea unor evenimente uitate, permite mâinii să se mişte în mod inconştient, corpului „să uite" să se mişte sau să înregistreze un stimul oarecare etc.

Facilitarea exprimării fiecărei părţi a persoanei poate avea efecte terapeutice benefice. Descoperind şi tratând acea parte a clientului care se simte slabă şi fără putere, de pildă, în timp ce alte părţi ale persoanei se simt puternice şi capabile să-şj asume riscuri rezonabile, poate oferi clinicianului ocazia de a-i rezolva probleme care existau, aparent fără nici un motiv. O altă modalitate de manifestare terapeutică a disocierii o găsim în managementul durerii, aşa cum se va vedea în capitolul dedicat acestui aspect.

înţelegem mai bine fundamentele disociative din timpul transei, dacă suntem atenţi la formele de manifestare ale acestora în viaţa de zi cu zi. Aţi observat multe situaţii în care oamenii reacţionează într-o manieră automată, sub influenţa unor procese disociative manifestate la mai multe nivele: raţiune/sentiment, corp/spirit, trecut/prezent, pesimism/ optimism etc. Multe reclame comerciale induc procese disociative pentru stimularea unor nevoi (de pildă reclamele la dulciuri fac apel la „copilul" din interiorul fiecărui „adult"). în timpul transei hipnotice, toate aceste părţi disociate pot fi amplificate sau diminuate în scop terapeutic. Una din afirmaţiile centrale ale terapiei ericksonienc este aceea că oamenii au în ci înşişi resursele necesare realizării unor schimbări benefice şi că noi nu trebuie să învăţăm pacienţii să se comporte normal, deoarece ei ştiu deja acest fapt, din moment ce, cu câteva luni în urmă, ei se purtau „normal". Numai că oamenii nu mai au acces la aceste resurse şi „programe" interne ale comportamentului normal, deoarece ele sunt disociate de indicatorii, comportamentele conştiente care le activau altădată. Rolul terapeutului este acela de a construi noi asociaţii (comportamente, indicatori, relaţii) care vor permite pacientului accesul la resursele interne, inconştiente, necesare într-un anume context.

Toate sugestiile care au ca scop divizarea experienţei în mai multe părţi sunt sugestii care stimulează disocierea. Majoritatea tehnicilor de inducţie a transei generează o disociere conştient-inconştient prin accentuarea posibilităţilor pacientului de a trăi

anumite experienţe şi de a învăţa diverse lucruri tară efori şi aulomat. în timpul transei, disocierea poate fi accentuată, utilizând un limbaj specific care cuprinde sugestii directe şi indirecte.

Sugestiile disociative directe conduc pacientul să (re)dcscopere posibilitatea de a trăi experienţe la diferite niveluri, observând că acestea pot să se producă spontan, automat şi fără nici o planificare. Sugestiile privind Jevitaţia braţului, ca şi alte fenomene catalepticc, ilustrează foarte bine o astfel de disociere. Disocierea poate fi indusă pentru realizarea analgeziei:

„îţi poţi simţi corpul relaxându-se confortabil pe fotoliul pe care te afli, în timp ce-ţi poji vedea în exterior o mică parte a corpului tău care se simţea inconfortabil";

a regresiei de vârstă:

„sentimentele si emoţiile tale se pol întoarce la vârsta de şase ani în timp ce restul personalităţii tale rămâne la starea de adult, cu mine aici şi acum ".

Sugestiile disociative directe au în general următoarea structură :

„... o parte din tine trăieşte aceasta..., în timp ce altă parte din line trăieşte aceasta (altceva)".

Ială câteva fraze, expresii, sugestii utile pentru inducerea disocierii conştient-inconştient (S. Tenenbaum, 1996; Lankton & Lankton, 1992):

.....funcţionăm conştient şi inconştient...";
„... partea, conştientă a spiritului tău gândeşte liniar, în timp ce partea inconştientă gândeşte / • lobai...";
.... conştient gândeşti într-un anume fel, în timp ce inconştient, ai propria ta logică...";
.„... conştient, mă poţi asculta, în timp ce inconştientul tău organizează în propriul său mod ceea ce spun...";
„... conştient, te Interesezi de anumite lucruri, în timp ce inconştientul tău ştie ceea ce este cu adevărat important pentru tine...";
„... conştient, poţi. simţi anumite senzaţii agreabile, in timp ce inconştientul tău este pe cale să lucreze pentru tine... ";
.... conştient, poţi rămâne atent la ceea ce se petrece, in timp ce inconştientul acţionează autonom...";
„... se întâmplă deseori ca cineva, în mod conştient, să formuleze o anume problemă, in timp ce inconştientul său ştie că, de fapt, problema se află in altă pane... ";
„... în timp ce o parte din tine mă ascultă, o altă parte din tine te poate conduce într-un loc agreabil... ";
„... conştientul tău poate avea îndoieli. în timp ce inconştientul tău îşi continuă propriul şir al gândurilor... ";
.... conştientul tău poate fi interesat de o anume profunzime a transei, în timp ce inconştientul dezvoltă propria-i profunzime a transei... ";
„... conştientul tău se poate întreba în legătură cu anumite experienţe, deoarece inconştientul tău îi permite să observe...";
.... conştientul tău este probabil curios să-şipună întrebări. ...în timp ce inconştientul tău ia lucrurile aşa cum sunt şi are soluţii... ".

Mii ton Erickson utilizează o tehnică de inducere a disocierii numită de el „mijlocul lui nicăieri". Sugerându-i cuiva că se află nicăieri, îl punem în situaţia paradoxală, care antrenează procese disociative, de a se afla într-un loc, fără loc !

„... și în timp ce stai astfel, relaxat, îți dai ușor seama că o parte din tine se află aici..., în timp ce o altă parte din tine zboară aiurea... șl poate pluti departe... și tu nu știi cu adevărat încotro merge, nu-i așa ?... în mijlocul Iul nicăieri... unde nu există nici timp, nici loc... în mijlocul lui nicăieri... acolo poate fi doar vocea mea... și gândurile tale... și nicăieri nu te poți simți așa de liber pentru a te afla nicăieri... la urma urmei, totdeauna trebuie să fim undeva, într-un anume moment..., dar nu acum... nicăieri este plăcui... și mijlocul lui nicăieri este un loc așa de plăcut, foarte plăcut... nu-i așa ? ".

Disocierea este sugerată indirect, ori de câte ori utilizăm sugestii orientate spre producerea unui fenomen intra-hipnotic. In mod frecvent se utilizează confuzia, metaforele și alte forme ale limbajului indirect (presupoziții, negații paradoxale, analogii etc).

în cazul unui pacient supus unei intervenții chirurgicale pentru un implant dentar, V.A. Gheorghiu a obținut anestezia necesară sugerându-i acestuia că se află în vacanță, pe litoralul Mării Negre, cu un prieten, medic stomatolog, care îi povestește despre o intervenție chirurgicală realizată de el. Astfel, pacientul a trăit intervenția chirurgicală ca și cum ar fi fost realizată altcuiva. Să observăm intuiția terapeutului care a structurat astfel sugestia încât a păstrat cadrul de referință al intervenției chirurgicale. *

O serie de sugestii indirecte disociative sunt conținute și în exemplul următor (Yapko, 1990, p. 288).

„... și ar putea fi interesant pentru tine să afli că eu am trăit o experiență similară cu cea pe care mi-ai descris-o... o experiență care m-a învățat o serie de lucruri despre mine și ceilalți... și nu este uimitor să vezi cum poate cineva să învețe lucruri așa de importante dintr-o experiență care părea obișnuită ?... ca și cum o parte din noi ar trăi-o, șip altă parte privește la noi, trăind respectiva experiență... întrebându-se ce se va întâmpla... și cum ne vom simți... când totul se va fi sfârșit... și apoi lucrurile care au fost așa de confuze la un anume nivel sunt făcute clare de alte părți din noi care înțeleg... la un nivel mult mai profund... cum să gândească creativ și... există părți creative în fiecare parte din noi. Sunt sigur că ești de acord... și în experiența pe care eu am trăit-o...".

Disocierea se produce intre partea care trăiește experiența și celelalte părți care „observă", „se întreabă", „clarifică" sau sunt „creative".

Am amintit, deja, că de cele mai multe ori disocierea este urmată de o „reasociere", o reintegrare mai eficientă a părților inițial disociate. Totuși, nu de fiecare dată hipnoza reasociază sau integrează toate părțile în aceeași măsură. Acest proces este funcție de obiectivele terapiei și consecințele integrării unei părți anume. Evident, părțile pozitive (precum cele creative, adaptative) vor fi probabil în întregime integrate, în timp ce părțile care induc durere vor fi doar parțial sau deloc integrate.

2. Fenomenele ideodinamice

Fenomenele ideodinamice sunt manifestări bazale care evidențiază unitatea corp-spiril; ele sunt expresia funcționării ființei umane la nivel automat și inconștient. în procesul adaptării la mediu, omul răspunde în mod automat prin manifestări motorii („răspunsuri ideomotorii"), senzoriale („răspunsuri ideosenzoriale"), afective („răspunsuri ideoafective") și cognitive („răspunsuri ideocognitive"). Astfel, spiritul conștient se poate ocupa selectiv doar de activități care necesită o elaborare rațională superioară. Această activitate automată, inconștientă, este de multe ori exprimată prin ceea ce numim adesea

„limbajul corpului"- manifestări motorii şi psihofiziologice care dublează, într-o manieră congruentă sau nu, mesajele raţionale, conştiente, transmise verbal sau non-verbal.

în relaţie cu hipnoza, manifestările ideodinamice capătă o semnificaţie deosebită, deoarece stimularea lor poate fi ea singură o modalitate de inducţie a transei. Această afirmaţie este în acord cu ideile Iui Bernheim care considera că orice sugestie nu este altceva decât rezultatul provocării şi desăvârşirii unui proces ideodinamic: „Mecanismul sugestiei, în general, poate fi rezumat în următoarea formulă: creşterea reflexului ideomotor, ideosenzitiv şi a excitabilităţii ideosenzoriale" (Bernheim, 1993, p. 138). Dacă în cazul persoanelor aflate în stare de veghe, afirmă Bernheim, transformarea ideii în act este cenzurată de raţiune, în cazul persoanelor hipnotizate, dimpotrivă, „transformarea gândului în acţiune, senzaţie, mişcare sau imagine este atât de repede şi de activ realizată, încât inhibiţia raţională nu are timp să acţioneze" *(idem,* p. 137).

M. Erickson a preluat aceste idei şi le-a utilizat pentru a rafina tehnici de inducţie sau aprofundare a transei hipnotice.

2.1. **Răspunsurile** ideomotorii

Răspunsul ideomotor este expresia fizică, observabilă (uneori doar cu ajutorul unor instrumente adecvate, precum poligraful), a unei experienţe mentale. Pendulul Iui Chevreul este o demonstraţie convingătoare şi utilă a acestei relaţii. Deseori, această relaţie este atât de strânsă, încât cu greu o putem controla voluntar. Acesta este de fapt principiul „detectorului de minciuni". în mod inconştient aplecăm capul ritmic în fata pentru a ne exprima acordul şi îl mişcăm lateral de la stânga la dreapta pentru a ne exprima dezacordul. Un orator care îşi priveşte auditoriul va putea identifica, fără prea mare efort, persoanele care sunt de acord cu el, urmărind doar mişcările capului lor. De asemenea, mişcări mai mult sau mai puţin discrete ne informează, relativ uşor, dacă persoana este relaxată sau neliniştită, dacă doreşte să ne spună ceva sau nu etc. Un terapeut experimentat va recunoaşte cu uşurinţă indicatorii ideomotori ai intrării în transă: imobilitatea corpului, relaxarea muşchilor faciali, aspectul moleşit al faciesului, privirea fixă, încetinirea respiraţiei/pulsului şi a reflexelor de clipire şi înghiţire.

Stimularea răspunsurilor ideomotorii este întâlnită în majoritatea inducţiilor; acestea se manifestă cu atât mai evident cu cât gradul de disociere al pacientului este mai intens.

M. Erickson a utilizat răspunsurile ideomotorii nu numai pentru inducţia transei, ci şi ca modalitate de comunicare cu inconştientul subiectului. El prezintă această tehnică in studiul său *Historical note on the hand levitation and other ideomotor techniques* (1961). Subiectului i se explică faptul că un răspuns afirmativ sau negativ poate fi dat printr-o simplă aplecare sau clătinare a capului. De asemenea, i se spune că acest răspuns poate fi dat independent atât de conştientul cât şi de inconştientul său, dar că răspunsurile date de cele două instanţe nu trebuie să fie în acord unul cu celălalt. Această informaţie este urmată de o întrebare care solicită un răspuns independent de ceea ce subiectul poate gândi conştient. Această întrebare este: „Inconştientul tău crede că vei învăţa să intri în transă?". După ce i se pune această întrebare subiectului, i se spune să aştepte liniştit şi pasiv răspunsul manifestat prin mişcări ale capului care vor constitui răspunsul „inconştientului" său. Un răspuns rapid şi evident semnifică o replică a minţii sale conştiente. O mişcare uşoară, subtilă, uneori nepercepută de subiect este răspunsul direct al inconştientului său. O dată cu aceste răspunsuri se dezvoltă o stare cataleptică

şi transa se instalează rapid. Se poate, de asemenea, sugera că levitaţia unui braţ semnifică răspunsul „da", levitaţia celuilalt - „nu", levitaţia ambelor - „nu ştiu" - şi subiectului i se adresează o întrebare asemănătoare celei prezentate mai sus. Dezvoltarea transei se produce simultan cu dezvoltarea levitaţiei, indiferent de semnificaţia răspunsului (Erickson, 1961, pp. 198-199).

M. Erickson utiliza în mod frecvent mişcările naturale şi automate ale pacientului în timp ce discuta cu acesta, deoarece considera că ele au o valoare metacomunicativă deosebită. De pildă, mişcările capului şi mâinilor, clipitul ochilor (rapid sau lent). schimbările de poziţie ale corpului, mişcarea picioarelor, poziţia mâinilor („deschisă" sau „închisă"), umezirea buzelor, nodurile din gât, indicatori faciali, cum ar fi încruntarea şi încordarea gurii şi a maxilarului, pol fi studiate pentru a fi comparate cu ceea ce pacientul a exprimat verbal.

înaintea lui M. Erickson, semnalizarea ideomotorie în timpul transei a fost utilizată de LeCron (1954). Pacientului hipnotizat i se spune că poate răspunde ridicând sau mişcând degetul arătător drept pcnlru a indica răspunsul „da", iar degetul arătător stâng pentru răspunsul „nu"; răspunsul „nu ştiu" va fi semnalizat prin ridicarea degetului mare drept. Dacă întrebarea este una la care inconştientul nu doreşte să răspundă - se va mişca degetul mare stâng. Falsificarea răspunsurilor prin mişcări conştiente ale degetelor poate fi semnalizată de către inconştient prin ridicarea unei mâini; pacientul va fi anunţat că, în astfel de situaţii, una din mâini se va ridica fără ca el să fie conştient că a tăcut o astfel de mişcare.

Experienţa personală în utilizarea semnalizării ideomotorii evidenţiază faptul că instrucţiunile pe care Ie dăm pacienţilor în limpul transei trebuie să fie cât mai simple cu putinţă pentru a nu activa o prelucrare raţională a siluaţiei - caz în care aceştia ar putea ieşi din transă; de asemenea, atunci când spunem „degelul arătător stâng", „degetul arătător drept",., este bine să alingem degetele respective, facilitând astfel recepţionarea mesajului fără activarea instanţelor raţionale, cate ar trebui să diferenţieze între „stânga" şi „dreapta", între degetul arătător şi celelalte degete etc.

în timpul inducţiei, sau pe durata transei sugestiile orientate spre stimularea răspunsurilor ideomotorii pot lua diverse forme:

- sugestii directe:

„pe măsura ce corpul tău se relaxează... capul tău începe să se aplece uşor In fată... parcă într-un semn de aprobare a tot ceea ce se întâmplă cu tine acum...".

- sugestii indirecte:

„nu cred că mintea ta conştientă va şti ceea ce inconştientul tău ştie deja despre acest eveniment până când degetul tău arătător drept nu se va ridica... ".

Uneori sugestiile indirecte pot lua forma truismelor:

„ *Când suntem obosifi, ochii noştri încep să clipească lent şi, uneori, se închid fără ca noi să ne dăm seama...*".

O inducţie hipnotică bazată pe stimularea şi utilizarea semnalizării ideomotorii este prezentată în Anexa 5.

2.2. Răspunsurile idcosenzorialc

Răspunsurile ideosenzoriale sunt expresia trăirii automate a senzațiilor asociate procesului de prelucrare a sugestiilor. Ele au la bază memoria senzațiilor trăite în situații reale. Dacă cineva ne descrie în detaliu o portocală, gestul introducerii unei bucăți zemoase de portocală în gură... vom trăi intens gustul portocalei și vom saliva doar dacă în trecut am mâncat realmente portocale. Fără aceste experiențe anterioare, cuvintele nu ar putea condiționa apariția senzațiilor corespunzătoare.

Răspunsurile ideosenzoriale pot să apară în orice parte a corpului și pot fi trăite în diferite forme: căldură, răceală, greutate, furnicături, înțepături etc. Semnalizarea ideosenzorială poate fi folosită de pacient pentru autocunoaștere, dar este posibil ca aceste semnale să nu fie transmise totdeauna terapeutului.

Semnalizarea ideosenzorială poate fi înțeleasă ca o stație intermediară în procesul de comunicare. Răspunsurile ideosenzoriale pot fi primele semnale somatice care vin de la nivel inconștient. O dată identificate, ele ajută individul să devină conștient de ceea ce este pe cale să atingă nivelul conștiinței. Aceste semnale ajută indivizii să recunoască faptul că se petrece ceva important, chiar dacă nu știu exact ce anume. Astfel, persoana își va oferi un răgaz, devenind receptivă la noi emoții și gânduri care solicită atenție. Observăm astfel cum semnalizarea ideosenzorială interacționează cu emoțiile și răspunsurile psihosomatice. De pildă, toți indicatorii somatici ai anxietății pot fi considerați ca forme ale semnalizării ideosenzoriale. înroșirea feței este un răspuns ideosenzorial paradoxal care semnalizează altora, apoi sinelui.

Răspunsurile ideosenzoriale pot fi obținute prin sugestii directe și indirecte:

„... continuă să pătrunzi în interiorul tău și să simți senzațiile de la nivelul feței. Cunoaștem cu talii căldura care ne cuprinde fața si alte părți ale corpului când ne înroșim de emoție. Și acum nu poți ști exact de ce, dar inconștientul tău știe de ce simți această căldură..." (Erickson, 1981. p. 138).

„... Sunt persoane care trăiesc starea de relaxare ca o senzație plăcută de greutate..., altele ca o senzație de amorțeala ușoară și plutire... altele ca și cum sunt cuprinse de o senzație plăcută de căldură care difuzează treptat în întregul corp... Descoperă felul în care corpul tău trăiește starea de relaxare...".

2.3. Răspunsurile ideoafective

Răspunsurile ideoafective sunt răspunsuri emoționale automate asociate diverselor experiențe trăite de fiecare persoană. Răspunsurile emoționale ale oamenilor la situațiile pe care le trăiesc sunt diverse și au grade diferite de intensitate. Practic, este foarte greu, dacă nu chiar imposibil, sa rămânem neutri și complet indiferenți afectiv în raport cu situațiile și obiectele cu care venim în contact. De aceea, pe măsură ce pacientul trăiește sugestiile clinicianului, diferitele emoții asociate conținutului sugestiilor apar la suprafață, sunt retrăite.

Pot apărea sentimente și emoții negative - teamă, culpabilitate, disperare etc, dar și sentimente pozitive : plăcere, bucurie, orgoliu etc.

într-o manieră specifică, răspunsurile ideoafective pot fi stimulate prin sugestii precum:

„... pe măsură ce te vezi din ce în ce mai clar într-o scenă din copilăria ta..., poți observa emoțiile pe care această imagine le provoacă în tine...";

. . . . cunoaștem cu toții experiența plăcută de a zâmbi unor amintiri care ne vin pe neașteptate în minte... ",

Răspunsurile ideodinamice sunt, pur și simplu, elemente componente ale unei experiențe totale. Fiecare experiență pe care o avem se manifestă la niveluri multiple, fiecare dintre acestea adăugându-se într-o manieră particulară și complementară experienței noastre trăite în totalitatea sa. Stimularea răspunsurilor ideodinamice în timpul transei este importantă cel puțin din două motive:

- ele reflectă experiența internă a pacientului la nivelurile unde terapeutul poate provoca schimbarea;
- ele sunt parte a experienței terapeutice și tocmai acțiunile, emoțiile si senzațiile trăite în timpul terapiei vor fi baza schimbărilor viitoare pe care le dorește clientul.

Răspunsurile ideodinamice fac din terapie o „experiență emoțională corectivă".

3. Modificările mnezice

Modificările mnezice sunt considerate de mult timp ca fiind unul dintre elementele componente importante ale transei hipnotice. Dintre acestea, *amnezia* este fenomenul cel mai frecvent; de asemenea, reamintirea unor evenimente uitate, fenomen asociat regresiei de vârstă, precum și o serie de modificări mnezice care pot fi grupate sub numele de „disociații mnezice" - sunt și ele întâlnite în timpul transei și sunt utilizate în diverse scenarii terapeutice.

3.1. Amnezia

Amnezia reprezintă o „pierdere a memoriei, marcată îndeosebi de imposibilitatea de a-și aminti experiențe din trecut atunci când se încearcă evocarea lor" (Larousse - *Dicționar de psihiatrie,* 1998, p. 44). Conștiința noastră are o capacitate scăzută de prelucrare simultană a informațiilor - doar 7 ± 2 biți. De aceea, o bună parte din informațiile pe care le-am acumulat în timpul vieții sunt stocate în stratul profund și inconștient al psihismului nostru. Chiar acumularea de informații se poate realiza la nivel inconștient - se vorbește. despre „memorie implicită", „învățare implicită". Până în momentul în care citiți aceste rânduri nu v-ați gândit probabil la prima zi de școală din clasa I. Amintirile legate de această zi se află totuși în inconștientul dumneavoastră până în momentul în care le aduceți în câmpul conștiinței. Nu toate amintirile pot fi aduse ușor în câmpul conștiinței, altele sunt chiar imposibil de conștientizat. Unele experiențe superficiale nu au fost integrate în memoria de lungă durată, altele, neavând o semnificație personală, pur și simplu nu au fost memorate, în timp ce altele cu semnificații anxiogene și care amenințau serios echilibrul nostru psihologic au fost puternic reprimate pentru a ne proteja de ele. De altfel, „reprimarea" (refularea) este unul din mecanismele de apărare psihologică prin care se instalează o amnezie cu scop proiectiv. Unele amintiri sunt atât de puternic reprimate, încât sunt extrem de greu, dacă nu chiar imposibil de reactualizat.

în viața cotidiană găsim fără prea mare efort exemple de amnezii. Nici nu am ieșit bine din casă și ne întrebăm dacă am stins lumina sau dacă am închis ușa, uităm numere

de telefon importante, datele unor întâlniri etc.. Zicala „a uita de Ia mână până ta gură" exprimă plastic astfel de situații.

Toate aceste amnezii sunt motivate într-o manieră inconștientă și au ca principală funcție asigurarea echilibrului nostru psihologic. Psihanaliza clasică este un proces îndelungat de recuperare a amintirilor reprimate, îndeosebi a celor din prima copilărie, și aducerea lor în câmpul conștiinței sub forma unor clarificări sau *„insight"*-uri. Dacă psihanaliza și terapiile derivate din acestea fac din *insight* un moment decisiv al schimbării terapeutice, deoarece atribuie conștiinței cel mai important rol în procesul adaptării, hipnoterapeuții accentuează potențialul pozitiv al inconștientului - privit ca rezervor de resurse - și de aceea recurg la amnezie ori de câte ori este posibil. Când inconștientul asimilează noi informații semnificative în raport cu cele existente deja sau în raport cu motivațiile profunde ale pacientului, atunci acesta se poate angaja în schimbări generate inconștient.

M. Erickson a afirmat deseori că inconștientul este cea mai puternică instanță a personalității noastre în generarea schimbărilor și, de aceea, dacă inconștientului pacientului i se furnizează o informație adecvată în acord cu cadrul intern de referință al acestuia și interferând cât mai puțin cu mintea conștientă, atunci inconștientul va genera rapid schimbări durabile. In consecință, M. Erickson a dezvoltat o serie de tehnici pentru facilitarea amneziei cu scopul de a stimula schimbarea la un nivel inconștient. Amnezia permite achizițiilor, învățărilor inconștiente să nu fie supuse limitărilor conștiente (Erickson *et al.,* 1976, p. 290). Inducând clientului *o* amnezie a diverselor sugestii și experiențe furnizate în timpul transei, permitem inconștientului acestuia să construiască într-o manieră creativă răspunsul său unic la problema sa unică. Atunci când atmgem un obiectiv utilizând o anumită cale, această experiență va bloca accesul în câmpul conștiinței tuturor celorlalte alternative concurente posibile. De aceea, inducând amnezia unor experiențe, permitem inconștientului posibilitatea de a explora mult mai multe alternative decât ar fi făcut-o mintea sa conștientă.

Dar amnezia poate fi utilizată și pentru represarea unor amintiri neplăcute, traumatizante. în astfel de cazuri, nu se sugerează dispariția definitivă a amintirilor traumatizante, ci „depozitarea lor într-un loc sigur... de unde nu mai pot influența viața zilnică" a pacientului (Yapko, 1990, p. 269). Astfel de sugestii sunt mai ușor acceptate dacă s-a realizat deja o anume scădere a potențialului lor traumatizant prin *calkarsis,* analiză etc. In astfel de cazuri, se poate sugera și o disociere mnezică între eveniment și efect (a se vedea disociațiile mnezice).

Deși amnezia este asociată frecvent transei profunde, ea nu este totuși un fenomen spontan, automat. Sunt persoane care își diminuează anxietatea și-și alimentează un anume sentiment de autocontrol, memorând tot ce li se întâmplă. In astfel de cazuri, inducerea amneziei este foarte dificilă, dacă nu chiar imposibilă. Unii pacienți mi-au relatat chiar faptul că sugestiile de amnezie i-au determinat să se concentreze și mai mult asupra informațiilor ce trebuia uitate și, prin urmare, să le memoreze mai bine!

Amnezia trebuie pusă în relație cu motivația clientului, cu credințele lui despre hipnoză - care pot acționa ca sugestii implicite - cu calitatea relației stabilite cu terapeutul, cu calitatea sugestiilor utilizate etc. Oricum, clinicianul are responsabilitatea alegerii experiențelor, faptelor ce vor face obiectul sugestiilor de amnezie și trebuie să fie conștient deopotrivă atât de efectele benefice ale acestor sugestii, cât și de posibilitatea de a influența clientul într-o manieră nedorită.

De cele mai multe ori, *sugestiile directe* privind amnezia au un efect anxiogen. De aceea, în cazul în care amnezia este abordată într-o manieră directă, sugestiile trebuie formulate cât mai permisiv:

„Poți alege să uiți această experiență care, oricum, nu va mai face parte din viața ta mult timp...".

Abordarea indirectă se poate realiza fie prin sugestii indirecte, fie prin comutarea atenției, fie prin inducerea unei stări confuzive.

Exemplul care urmează ilustrează utilizarea sugestiilor indirecte pentru inducerea amneziei:

„... și pe măsură ce te relaxezi, fiecare respirație te liniștește din ce în ce meii mult... Sunt curios să știu câtă atenție ai acordai gândurilor care fi-au trecut prin minte... mintea ta poate fi atât de activă în timp ce se relaxează... și apoi să-ți dai seama cât de dificil este să-ți amintești ceea ceți-am spus cu exact șapte minute înainte... și ai putea încerca să-ți amintești ce ți-am spus cu nouă minute înainte sau ceea ce tu însuți ai gândii cu patru minute înainte, dor ți se pare prea mult efort să încerci să-ți amintești... îți ia mai mult efort decât merită... și de ce să nu te cufunzi in relaxarea plăcută... știind că nu trebuie să-fi amintești, din moment ce ar trebui să faci prea mult efort...".

Sugestia conținută în mesajul anterior este indirectă, deoarece nu se specifică exact că subiectul trebuie să uite ceva, ci sunt menționate doar dificultățile rememorării. Sugestia:

. . . . .Poți să-ți amintești din experiența pe care o trăiești acum doar ceea ce vei alege sâ-fi amintești"

are și ea un caracter indirect, pentru că a alege să-ți amintești ceva implică faptul că ceea ce nu alegem să ne amintim poate fi uitat.

în ceea ce privește *procedeul comutării atenției* pentru inducerea amneziei, acesta poate fi ușor înțeles, dacă facem apel la amneziile care se instalează spontan în interacțiunile verbale cotidiene. Dacă dorim să spunem cuiva ceva și facem o paranteză mai lungă sau suntem întrerupți de intervenții ale interlocutorului care durează ceva mai mult, există riscul să uităm ce doream să spunem. De câte ori nu am uitat ceea ce cu câteva momente înainte aveam „pe vârful limbii". Făcând o comparație cu discul de patefon, întreruperile de care am amintit parcă ne comută dintr-o dată pe o altă pistă. Avem acum o imagine mai plastică despre transferul informațiilor în dublu sens între conștient și inconștient.

Aplicând acest procedeu pentru inducerea amneziei, terapeutul, imediat după scoaterea pacientului din transă, va angaja cu acesta o discuție total irelevantă pentru tot ceea ce s-a petrecut înainte (de pildă, despre rezultatele unor investigații psihologice anterioare, despre felul în care a ajuns la cabinetul de psihoterapie etc). încurajând clientul să realizeze un discurs logic despre cu lotul altceva decât ceea ce s-a petrecut în timpul transei, experiențele hipnotice vor scăpa de analiza rațională a acestuia și vor fi mai ușor integrate la nivel inconștient.

Un procedeu asemănător este procedeul utilizat de M. Erickson pentru inducerea *amneziei structurate.* Amnezia structurată își propune să întrerupă firul asociativ al

amintirilor referitoare Ia experienţele trăite în timpul transei. Aplicând acest procedeu, terapeutul pronunţă una sau mai multe fraze la începutul şedinţei, pe care le repetă în aceeaşi formă în momentul în care subiectul iese din transă. Pacientul care a trăit de două ori acelaşi moment va avea tendinţa să le confunde, considerând eă a trăit de fapt un singur eveniment. Timpul scurs între cele două momente este pus „între paranteze". Se întâmplă ca atunci când, dacă nu povestim imediat după ce ne-am trezit ce anume am visat, uităm visul sau ni-l reamintim vag, lacunar...

Exemplu: înaintea începerii şedinţei de hipnoză terapeutul întreabă:

„*... ai dureri de. cap care nu sunt foarte frecvente, vrei sâ repeţi puţin...*" (pacienta se lansează într-o descriere a durerii sale de cap).

Imediat după ieşirea din transă terapeutul continua:

„*... deci poţi să-mi povesteşti puţin... cu ce seamănă durerile de cap pe care le ai uneori ? Dacă ar fi să le descrii cu ajutorul unei imagini...*" *(cf.* J. Godin, 1992, pp. 351-361).

Confuzia poate fi utilizată atât pentru inducerea transei, cât şi pentru producerea multor fenomene intra-hipnotice, inclusiv pentru producerea amneziei. într-o situaţie confuzivă, pacientul va avea tendinţa de a se concentra, încercând să pună ordine în ceea ce i se oferă sau i se cere. Şi cu cât această căutare de sens esie mai intensă, cu atât atenţia lui va fi mai mult distrasă de la experienţele trăite anterior, fapt care favorizează amnezia acestora:

. . . . gi acum ai ocazia de a descoperi noi posibilităţi..., în timp ce poţi învăţa din experienţele trecute... mintea ta conştientă poate începe să se întrebe... cum ştie ea ce anume să-şi reamintească... şi care anume lucruri este nevoie să fie cunoscute doar de inconştientul tău... şi apoi îţi poţi aminti... sâ uiţi... sau poţi alege să uiţi să-ţi aminteşti... dar când îţi aminteşti să uiţi ceea ce ai uitat să-ţi aminteşti... amintirea uitărilor uitate care a fost uitată... dar tu poţi să uiţi doar ceea ce ai uitat când fi-ai dat seama că oricum este prea dificil să-ţi aminteşti... şi apoi tu poţi uita orice confuzie şi să te relaxezi din ce în ce mai profund...".

3.2. Disociaţiile mnezice

Este posibil să sugerăm unui pacient în stare de transă că poate disocia o amintire în două părţi: evenimentul şi emoţia care îi este asociată. Erickson citează cazul unui subiect care a regăsit în acest mod întreaga plăcere provocată de o glumă, fără să-şi amintească gluma ca atare. De asemenea, în cazul în care facem ipoteza că pacientul nostru a trăit in perioada copilăriei un traumatism care a provocat o fobie, acesta ar putea fi rememorat in timpul transei doar sub aspect emoţional.

Exemplu de sugestie disociativă:

„ *Capacitatea la de a-ţi aminti este completată de capacitata ta de a uita... căci nu putem să ne amintim decât ceea ce am uitat... şi când gândurile tale vor rememora situaţia, sentimentele şi emoţiile tale pot uita să se afle acolo, pentru că ele îşi. amintesc de un alt loc, care are o mai mare importanţă... ".*

3.3. Hipermnezia

Rememorarea faptelor şi evenimentelor trecute, mai ales în cazul în care acestea pot fi asociate unor traumatisme afective a devenit o procedură terapeutică curentă. Erickson a utilizat hipermnezia în timpul transei hipnotice, considerând, în acelaşi timp, că amintirile reactualizate în transă nu trebuie neapărat să ajungă la nivel conştient (conform principiului ericksonian „inconştientul poate rămâne inconştient"). In timpul regresiilor de vârstă, hipermnezia permite subiectului să retrăiască episoade anterioare ale existenţei sale.

Hipermnezia hipnotică a condus mulţi cercetători să afirme că hipnoza oferă un foarte bun context de intervievare a martorilor din cadrul proceselor judiciare (A. Bertone, M. Melen, J. Py, A. Somat, 1995). Totuşi, „diminuarea pragului de decizie privind informaţiile furnizate de subiectul hipnotizat provoacă [...} o creştere importantă a elementelor noi (din conţinutul mărturiei - n.n.) în acelaşi timp *reale şi fictive* (subl. n.)". Am putea spune că cercetările din acest domeniu demonstrează convingător că hipnoza nu ajută individul să transceandă propriile limite, ci să valorifice la maximum resursele de care dispune. Astfel, performanţe asemănătoare hipnozei în domeniul mărturiei au fost obţinute şi prin tehnici cognitive de recontextualizare.

4. Distorsiunea timpului

Interesul pentru timp şi utilizarea lui terapeutică a fost relativ tardiv în cercetările ştiinţifice asupra transei hipnotice. Prima lucrare importantă datează din 1948; ea a fost efectuată de Linn F. Cooper căruia i s-a alăturat ulterior (1954) M.H. Erickson. S-a demonstrat că, în stare de hipnoză, subiectul poate trăi subiectiv un timp care, din punctul de vedere al observatorului, se accelerează sau se încetineşte, se dilată sau se contractă. Acest fapt nu este surprinzător, deoarece se ştie cât de uşor poate fi influenţată aprecierea duratei de către stările afective şi activitate; important este faptul că M.H. Erickson a făcut din acest fenomen un instrument psihoterapeutic eficient.

Percepţia timpului este modelată de relaţia interpersonală pacient-terapeut. De aceea, M.H. Erickson utiliza, într-o manieră eficientă terapeutic, pauzele. Pauza ce urmează unei fraze neterminate poate fi un bun mijloc de a face sugestii deschise, „intercontextuale" (Erickson), sau de a sugera sensuri alternative. In primul caz, o frază neterminată, rămasă deschisă, va activa mecanismele inconştiente de căutare a tuturor sensurilor posibile, va mări gradul de participare şi de libertate a pacientului.

Dar pauza poate fi şi un mijloc de a evoca alte sensuri, implicite, ascunse, prin faptul că evidenţiază cuvântul care îi urmează, modifică echilibrul frazei. într-un exemplu, Erickson spune:

„când visezi noaptea...",

apoi face o pauză pentru a lăsa timp implicaţiilor (sexuale) ale cuvântului „noapte" să se dezvolte (J. Godin, 1992, p. 187). Pauzele favorizează transmiterea unor sugestii într-o manieră indirectă (mai importante sunt deseori lucrurile nespuse!) şi exercită o presiune asupra subiectului, determinându-I să ia iniţiativa.

Accelerarea, condensarea subiectivă a timpului ori dilatarea, expandarea lui are, de asemenea, numeroase utilizări terapeutice. într-un studiu pe această temă, Erickson & Erickson (1958) prezintă mai multe cazuri clinice pentru a exemplifica valenţele terapeutice ale distorsiunii timpului în hipnoză. Dintre acestea, menţionăm cazul unui pacient canceros care suferea de dureri intermitente, incurabile prin chimioterapie. Aceste dureri apăreau la fiecare 10-20 minute şi durau aproximativ 10 minute. Pacientul trăia într-o continuă aşteptare anxioasă a acestor episoade. în timpul hipnozei, el a primit sugestiile posthipnotice următoare:

- instalarea amneziei episoadelor dureroase anterioare;
- intrarea într-o transă hipnotică, imediat ce s-ar instala un episod dureros, fapt ce se producea totdeauna fără indicatori prealabili;
- trăirea acestor episoade ca şi cum ar dura 10-20 secunde.

Rezultatele clinice obţinute cu acest pacient „sugerează posibilitatea utilizării condensării timpului ca măsură clinică a reducerii conştientizării suferinţelor fizice şt psihice" *{op. cit.,* p. 86).

De asemenea, M. Erickson utiliza modificările în percepţia timpului ca mijloc de ratificare (validare) a- transei; cu cât timpul era perceput mai distorsionat, cu atât el putea fi utilizat ca semn al instalării transei. De aceea, de cele mai multe ori, revenirea din transa hipnotică este însoţită de o reorientare a subiectului în cadrul de referinţă spaţio-temporal în care are loc şedinţa de hipnoză.

Pentru facilitarea distorsiunii timpului se pot utiliza sugestii directe şi indirecte. Exemplele care urmează ilustrează câteva modalităţi de abordare directă a distorsiunii timpului:

„... şi ai senzaţia că a trecut o perioadă lungă de timp... şi că ai beneficiat de multe ore de odihnă si relaxare... ";

„... o oră ii se poate părea de durata unui minut... si timpul poate trece atât de repede... când fiecare gând trece prin mintea la atât de repede, încât este mai uşor să laşi, pur şi simplu, gândurile tale să treacă repede decât să te opreşti asupra unuia din ele...";

. . . . mintea şi corpul tău au fost atât de ocupate acum... şi este nevoie de atât de mult timp pentru a face ceea ce ai făcut..., încât ai senzaţia că între timp au trecut ore întregi... ".

Sugestiile indirecte vehiculează, într-o manieră subtilă, ideea că trăirea timpului poate fi modificată. Sugestii indirecte, poveşti care conţin exemple de situaţii în care timpul a fost distorsionat, implicaţii conversaţionale şi duble legături sunt câteva dintre mijloacele utilizate pentru inducerea distorsiunii timpului. Sugestiile care urmează ilustrează toate aceste modalităţi:

„ urmărirea trecerii timpului este aşa de dificilă uneori... şi chiar acum îţi este greu să ştii dacă au trecut cinci minute sau şase minute, şi cum poate cineva să ştie cu adevărat dacă au trecut doar cinci minute şi un sfert sau cinci minute şi jumătate... sau cinci minute şi şase optimi sau cinci minute şi şapte optimi... " (sugestie indirectă pentru dilatarea timpului);

„... am avut pacienţi care, aşezându-se în fotoliul pe care stai... şi relaxându-se profund ascultându-mi vocea... au uitat să observe trecerea timpului... şi, pe măsură ce relaxarea a continuat să atingă nivele din ce în ce mai profunde... li s-a părut că au trăit ore întregi de confort şi linişte... şi s-au simţit foarte bine... mult timp după aceea..." (abordare metaforică);

„... şi te-ai simţit aşa de confortabil stând în acest fotoliu şi ascultându-mă... nu-i aşa ? Foarte bine... şi nu-ti este uşor să ştii cât timp... mult timp... a trecut... nu-i aşa ?" (implicaţii conversaţionale);

. . . . si acum mă întreb dacă îţi dai seama cât de scurta afo.it această perioadă de timp... si ai putea ghici dacă ai dori... vrei să spui. că au trecui doar cinci minute sau... zece ? " (alegere forjată, care orientează persoana spre un anumit interval de timp).

5. Regresia şi progresia de vârstă

Pentru mulţi autori ai secolului trecut, regresia era un sinonim al transei hipnotice. Acest concept a trecut apoi în discursul psihanalitic, unde a căpătat sensuri particulare.

Având în vedere că mulţi dintre teoreticienii hipnozei utilizează termenul de regresie cu sensuri, uneori, destul de diferite, apelul la sensurile cu care Freud a utilizai acest termen ar putea fi foarte util pentru subiectul analizei noastre.

încă din primele sale lucrări, Freud a identificat două tipuri de regresie psihologică: *„temporală"* şi *„topografică"* - pe care le-a invocat în explicarea unui număr important de manifestări psihologice (vis, manifestări psihopatologice, hipnoză, fenomene clinice evidenţiate în timpul analizei).

Regresia temporală. Freud a afirmat, după cum se ştie, că dezvoltarea psihică conduce individul de la forme şi stadii psihice mai puţin complexe, la forme mai avansate, mai organizate. Freud a considerat că aceste forme vechi rămân intacte şi accesibile. In anumite circumstanţe, aceste stadii primare „devin din nou modul de expresie al forţelor ce se manifestă în plan mintal" (Freud, 1915, *cf.* E. Froinm & M.R. Nash, 1992. p. 159), iar esenţa bolii mintale constă în reîntoarcerea la stadiile primare ale vieţii afective şi ale funcţionării psihice.

Freud a definit în mod explicit hipnoza ca regresie temporală - o reîntoarcere la modul infantil de funcţionare, iar teoreticienii hipnozei au invocat acest concept pentru a explica schimbările aberante în domeniile cognitiv, perceptiv şi comportamental suferite de subiecţii hipnotizaţi.

O exagerare a acestei idei o constituie utilizarea hipnozei în scopul regresiei la identităţi anterioare vieţii prezente (N.P. Spanos *et al.,* 1991) precum şi afirmaţia lui V. Raicov conform căreia, în timpul hipnozei se produce nu numai o regresie psihologică la stadiile infantile ale dezvoltării, ci are loc şi o modificare a structurilor fiziologice, inciusiv la nivelul E.E.G., care ajung să fie similare celor specifice copiilor (V. Raikov, 1990).

Există totuşi numeroase îndoieli printre teoreticienii dezvoltării şi ai domeniului clinic cu privire Ia posibilitatea existenţei regresiei temporale. Ei argumentează că structura psihică a copilului este ireversibil schimbată pe durata procesului dezvoltării; prin urmare, stadiile primare sau modurile infantile de funcţionare pur şi simplu nu mai există pentru a fi regăsite. De asemenea, cercetările, inclusiv din domeniul hipnozei, nu sprijină ideea că psihopatologia adultului este similară sau măcar comparabilă cu fazele normale ale dezvoltării infantile.

Abordând regresia dinlr-o perspectivă *topografică,* Freud consideră că în timpul acesteia are loc o mişcare înapoi, dar în spaţiu mai degrabă decât în timp. „Este vorba de o întoarcere dc-a lungul unor vectori din regiunea structurilor logice ale gândirii la cea a percepţiilor senzoriale", spune Freud (.1905). în acest proces, gândurile tind să se transforme într-o imagerie vizuală. Schimbarea regresivă de la gândire la imagerie esle

în fapt o regresie de Ia o gândire bazată pe procese secundare (logico-analitice) la o gândire bazată pe procese primare (imagistice, hol iste, încărcate afectiv).

Această teorie explică mai bine distorsiunile timpului în transa hipnotică şi intră, de asemenea, şi în acord cu ipoteza asimetriei funcţionale a emisferelor scoarţei cerebrale, des invocată în explicarea transei hipnotice.

De aceea am putea spune că hipnoza este o regresie topografică cu caracter adaptativ, care îi face pe subiecţi să răspundă într-o manieră mai flexibilă şi mai eficientă. Ea îi face pe pacienţi mai liberi, adică mai capabili în a găsi alternative atât în formularea problemelor, cât şi a soluţiilor.

Ideea efectului terapeutic al regresiei topografice o regăsim şi în zicala conform căreia „pentru a sări doi paşi înainte trebuie mai întâi să facem câţiva paşi înapoi".

M. Erickson abordează şi el regresia de vârstă într-o maniera asemănătoare, adică o consideră o realitate psihologică construită în timpul transei, construcţie în care procesele primare ale gândirii de tip simbolic, analogic, imagistic au un rol important. Totuşi, M. Erickson face o deosebire între regresic şi regresie de vârstă. Doar aceasta din urmă se regăseşte în practica terapeutică ericksoniană. Pentru el, regresia corespunde cu ceea ce subiectul, în calitate de adult, imaginează, înţelege sau consideră relevant în perioadele anterioare existenţei sale: „în această formă de regresie, comportamentul subiectului va corespunde unei dramatizări semiconştiente a comprehensiunii sale actuale a unei epoci precedente, şi el se va comporta în maniera care i se va părea cea mai potrivită pentru el, în calitate de copil, la vârsta sugerată" (M. Erickson, *cf.* J.A. Malarcwicz, J. Godin, 1986, p. 51).

în timpul regresiei de vârstă, subiectul retrăieşte efectiv evenimentele corespunzătoare perioadei sugerate fără nici un cadru referenţial. Dacă prezentul nu mai există pentru subiectul care trăieşte o regresie de vârstă, atunci se pune problema controlului acestuia de către terapeut. M. Erickson rezolvă această (aparentă) dificultate în două feluri. O primă tehnică este aceea ca terapeutul să-şi atribuie un rol contemporan situaţiei regresive (de pildă rolurile de profesor, prieten, rudă apropiată etc). O altă tehnică presupune inducerea unui proces disociativ subiectului, sugerându-i că el, ca adult (ancorat în prezent), se vede sau se aude acţionând în situaţia regresivă; acest fapt îi permite adultului să înveţe ceva din experienţa regresivă infantilă (de obicei acest „ceva" indeamnâ la spontaneitate, creativitate, libertate etc).

Regresia de vârstă este implicată în multe experienţe cotidiene şi evocarea lor poate pregăti pacientul pentru trăirea intensă a acestui fenomen în timpul transei. Experienţele trăite atunci când răsfoim un album de fotografii, auzim o melodie veche, ne întâlnim cu un vechi prieten din copilărie şi ne povestim amintiri din perioada respectivă etc, trăind intens stările afective asociate evenimentelor evocate - toate sunt exemple de „regresii de vârstă" spontane.

Pentru inducerea regresiei de vârstă de tip hipnotic, terapeutul poate face apel şi la imaginaţia subiectului. Dacă se utilizează această strategie, se face, de foarte multe ori, apel la imaginarea unui „vehicul special" care ne transportă în timp (tren, avion, ..maşină a timpului", navă spaţială etc). Exemplul care urmează ilustrează un scenariu de inducţie a regresiei de vârstă prin utilizarea unui „tren al timpului" :

.... şi acum, când le simţi atât de bine şi profund relaxat... poţi trăi in pian imaginar bucuria de a te sui într-un tren al timpului... Mul/i oameni, când se află în gară, trăiesc intens dorinţa de a călători, de a trăi experienţe noi sau de a revedea locuri... şi a retr"' experienţe

petrecute, cu mult timp înainte... Câți dintre noi nu avem nostalgia unor vacanțe de mult trâite... a unor întâlniri cu mult timp în urmă petrecute... Te afli, acum, într-o gară în care trenurile au însușirea extraordinară de a călători în timp... și-ți poți oferi, acum, plăcerea de a urca într-un astfel de tren pentru a te întoarce într-un timp care îți permite să te întâlnești cu gândurile tale, să trăiești experiențe, emoții... trăite cu mult, mult timp în urmă. Te așezi în acest tren în locul tău preferat, poate aproape de fereastră sau poate nu... și. pe măsură ce trenul se pune în mișcare, te simți din ce în ce mai relaxat... profund relaxai... și începi să trăiești experiența întoarcerii în timp... Prezentul rămâne pe peron... și retrăiești mai întâi momentele venirii tale aici în acest birou... apoi ziua de ieri... cea de alaltăieri... și, pe măsură ce trenul prinde viteză... zilele, lunile... anii se condensează... imagini deseori neclare se perindă prin fața ferestrei... te întrebi unde și când se va opri trenul în care te afli... Dar inconștientul tău are deja răspunsul... Trenul își încetinește viteza și apoi se oprește.., Cobori. ..site afli într-o situație importantă pentru tine... ești acolo... poți vedea lucrurile, persoanele... retrăiești senzațiile, emoțiile și sentimentele acelui, loc... ale acestui timp și loc...".

Atunci când terapeutul cunoaște perioada în care s-a petrecut un eveniment important, el poate orienta pacientul, într-o manieră specifică, spre cadrul temporal respectiv. Am procedat astfel in cazul pacientului M.A., de 18 ani.

Pacientul M.A., în vârstă de 18 ani, elev în clasa a XU-a. Diagnosticul - balbism. „Povestea*' mamei, care a însoțit pacientul la cabinei, situa debutul problemei la vârsta de 7 ani și-l atribuia unui eveniment, a cărui responsabilitate și-o asumase. In adolescență, simptomul s-a agravat, fiind inclus într-un cerc vicios ce a condus la deteriorarea imaginii de sine și a relațiilor cu colegii, în mod deosebii a celor cu persoanele de sex opus. Pacientul era foarte apropiat de mamă, tatăl, datorită problemelor de serviciu, lipsind de acasă perioade mai lungi.

în prima ședință de hipnoză, am procedat la o regresic de vârstă la nivelul vârstei de 7 ani, cu scopul de a clarifica împrejurările în care a apărut simptomul. Regresat la această vârstă. pacientul relatează cu totul alte împrejurări care au declanșat simptomul decât cele asumate de mamă. Acest fapt a avut o influență crucială «ssupra terapiei; având în vedere că mama se considera responsabilă de problemele copilului, acesta utiliza simptomul pentru a obține o seric de „beneficii" din partea mamei care, în lipsa tatălui, de cele mai mulic ori nu „rezista" cererilor, dorințelor formulate de copil! Din momentul în care nu s-a mai culpabilizat, mama și-a modificat relațiile cu copilul și nu a mai „întărit" simptomul cu beneficiile obișnuite. La acest fapt s-a adăugat remisia simptomului pe durata ședinței de hipnoză. Aceste noi condiții au inițiat un ciclu al schimbării care a condus, pe durata unei terapii de 35 de ședințe, la dispariția simptomului.

O altă tehnică de inducere a regresiei de vârstă o reprezintă *dezorientarea temporală,* în care sunt utilizate sugestii confuzive pentru dezorientarea pacientului cu privire la „acum" și „atunci". Această tehnică poate fi ilustrată cu un exemplu oferit de M. Erickson (1990, pp. 182-183):

„Dumneavoastră toți, cred, ați luat un mic dejun în această dimineață sau cel puțin aveți obiceiul de a lua un mic dejun în fiecare dimineață. Ați luat un mic dejun ieri dimineață și sperați să luați un mic dejun mâine dimineață. Dar săptămâna trecută ați luat un mic dejun dimineața și înainte de a. lua un mic dejun săptămâna trecută dimineața, ați cinat seara înainte de aceasta, dar înaintea acestei cine ați. dejunat, și, să vedem, săptămâna trecută... să vedem, săptămâna trecută era 6 mai, dar înainte de 6 mai a fost 5 mai și, desigur, 1 mai precedă totdeauna 5 mai, dar, desigur, aprilie sosește întotdeauna înaintea lui mai și știți, la fel, că aprilie urmează după manie, după cum, la fel, martie urmează lui februarie și februarie vine după ianuarie, și Anul Nou, era o zi așa de fermecătoare, dar desigur, era doar 7 zile după Crăciun...".

în această manieră se poate regresa, sugerând când o direcţie când alta, până ce pacienţii devin din ce în ce mai confuzi. Ei aşteaptă să facem o remarcă coerentă, inteligibilă, de care să poată ataşa o semnificaţie comprehensivă. Şi astfel putem încheia demersul sugestiv într-o manieră coerentă, aşa cum a făcut şi M. Erickson în cazul citat:

„Ştiţi, este o zi frumoasă din 1940 fi aceasta-i realitatea!".

Trebuie să menţionăm totuşi că, sub denumirea de regresie de vârstă, hipnoterapeuţii grupează nivele de implicare diferite care merg de la simpla reverie complezentă Ia retrăirea intensă a unor situaţii trecute, ce presupune abandonarea totală a cadrului de referinţă al prezentului. Indiferent de gradul de implicare al subiectului „amintirile astfel retrăite sunt de fapt reconstrucţii efectuate de psihismul nostru actual" (Godin, 1992, p. 220).

Regresia de vârstă este o tehnică frecvent utilizată în „întărirea eului". Regresarea psihologică şi retrăirea benefică a sentimentelor de autocontrol, de respect faţă de sine, de încredere în resursele proprii, pe care pacientul le-a trăit în situaţii anterioare situaţiei problematice, pot avea efecte salutare asupra pacientului; el îşi actualizează o imagine pozitivă şi redescoperă resursele blocate de perspectiva negativă asupra lui şi a situaţiei in care se află (poate vedea acum şi „partea plină a paharului")- Abordarea hipnoanalitică vede in regresia de vârstă o modalitate prin care pacientul poate ajunge la experienţele conflictuale represate, cu posibilitatea de a acţiona asupra acestora în scopul reevaluării lor. Această procedură poate fi repetată de câte ori este necesar pentru ca pacientul să poată retrăi şi reevalua fiecare din exprienţele conflictuale. Rossi şi Check consideră că .fiecare acces este o resemnificare".

Progresia de vârstă - conduce la o realitate psihologică trăită ca desfăşurându-se în viitor. Utilizarea terapeutică a acestui fenomen implică ideea că formulările noastre cu privire la viitor se transformă in „predictii ce se autoîmplincsc".

Ca tehnică hipnoterapeutică, progresia de vârstă are funcţii terapeutice multiple: ie întărire a eului, de integrare a stărilor afective, a aspiraţiilor şi a altor experienţe terapeutice şi este un indicator sensibil privind prognosticul terapiei (M. Philips, C. Frederick, 1992),

Sugestiile privind progresia de vârstă pol fi situate pe un continuum, în funcţie de gradul de participare a terapeutului şi pacientului. La un capăt se situează sugestiile ce orientează pacientul să-şi imagineze trăirea unor experienţe senzoriale sau recepţia unei voci interioare care-i vorbeşte despre posibilităţile viitoare etc. Sugestiile de acest tip pot fi structurate şi direcţionate de terapeut, iar pacientul, mai degrabă un primitor pasiv, le poate îmbogăţi în direcţia stabilită de terapeut. Urmează, apoi, sugestiile în care :erapeutul schiţează doar cadrul general al progresiei, iar pacientul are o mai mare libertate şi creativitate. Ilustrativă pentru acest tip de sugestie este tehnica „bilei de cristal" a lui M. Erickson, în care pacientului i se cere să se orienteze spre viitor şi să vizualizeze efectele realizate după terminarea terapiei. Acest tip de sugestie poate favoriza indicarea de către pacient, într-o manieră inconştientă, halucinatorie, a datei la care problema sa dispare (a se vedea cazurile clinice prezentate în continuare). Ultimul tip de sugestie pe acest continuum are un caracter indirect şi mai puţin structurat. Pacientul poate iniţia, mai mult sau mai puţin spontan, o progresie, orientându-se, pur şi simplu, spre posibilităţile viitoare.

M.D. Yapko (1990) propune următoarea strategie pentru realizarea unei progresii de vârstă:

1. Inducţie
2. Construirea unui set de răspunsuri
3. Metafore privind viitorul
4. Identificarea resurselor pozitive
5. Identificarea unor contexte viitoare specifice
6. Integrarea resurselor pozitive identificate la punctul 4
7. Repetarea secvenţei comportamentale
8. Generalizarea resurselor pozitive la alte contexte selectate
9. Sugestie post-hipnotică
10. Ieşirea din transă
11. Reorientarea iii starea de veghe.

Desigur, această strategie poate fi adaptată funcţie de pacient şi problemele sale. Ea poate debuta cu orice tip de inducţie, se continuă cu pasul 2 în care terapeutul stabileşte cum anume va comunica cu pacientul în timpu! transei (eventual modalităţi de semnalizare ideomotorie). Pasul 3 presupune oferirea unor metafore privind viitorul (de pildă. schimbările se petrec în cadrul ştiinţelor, în medicină, în societate etc), care orientează indirect pacientul spre schimbări posibile în viitor. în secvenţa 4 sunt identificate resurse specifice la care clientul are acces direct - de pildă inteligenţă, sensibilitate, perseverenţă etc. Pasul 5 presupune identificarea unor situaţii viitoare cu care clientul se va confrunta şj care fac obiectul îngrijorării acestuia. Pasul 6 implică asocierea resurselor existente ale clientului cu contextele viitoare probabile în care ele ar putea fi de ajutor. Pasul 7 furnizează ocazia unei „repetiţii a secvenţei comportamentale viitoare ca şi cum s-ar petrece în prezent". Pasul 8 furnizează şansa de a identifica alte câteva contexte în care această nouă manifestare a resurselor ar putea fi utilă. Pasul 9 implică sugestii specifice pentru utilizarea deprinderilor dobândite în orice context în care s-ar dovedi utile. Pasul 10 pune capăt centrării pe viitor şi ancorează clientul în contextul prezent. Pasul final îl constituie terminarea hipnozei şi reorientarea clientului în starea de veghe.

Cazul clinic următor ilustrează virtuţile terapeutice ale progresiei şi regresiei de vârstă atunci când sunt incluse în abordări terapeutice adecvate.

Pacienta A.I., în vârstă de 25 ani, solicită asistenţă psihoterapeutică pentru tulburări severe de alimentaţie. Diagnosticul, validat şi de o consultaţie psihiatrică, a fost de anorexie mintală §i thanatol'obie, cu evoluue atipică. Anamneză evidenţiază următoarele aspecte semnificative:

- a crescut într-o familie caracterizată prin relaţii conflictualc frecvente;
- din adolescenţă a manifestat o creştere ponderală exagerată pe care a încercat să şi-o controleze cu ajutorul unei diete stricte;
- imaginea de sine s-a deteriorat în timpul facultăţii atât din cauza aspectului fizic, cât si ca urmare a repetenţiei (deşi în raporturile cu familia afişa imaginea unei studente bune);
- devine studentă la o altă facultate;
- cu aproape un an înainte de solicitarea ajutorului terapeutic i-a murit mama - eveniment cu mare încărcătură psihogenă.

In momentul solicitării intervenţiei psihoterapeutice, pacienta era însărcinată în luna a doua, iar medicul curant o anunţase că, în cazul în care continuă să nu se hrănească, pune în pericol viaţa copilului.

Care era „povestea" pacientei în legătură cu simptomul? Ea povesteşte că la vârsta de 10 ani, în timp ce mânca, s-a înecat cu o firimitură de pâine şi a leşinat. De atunci a rămas cu teama că, dacă înghite alimente solide, se poate îneca s< muri. Decesul mamei a actualizat aceasta teamă de moarte şi a declanşat boala sa. De atunci mănâncă foarte puţin, şi doar alimente lichide.

Insă evoluţia bolii nu confirmă povestea pacientei, ci mai degrabă funcţiile psihologice ale simptomului. Practic, ea se afla într-o stare de anorexie de câţiva ani.

Pacienta trăia intens imaginea negativă a aspectului său fizic. In momentul în care imaginea de sine a fost ameninţată de performanţele şcolare slabe, toate resursele psihologice au fost orientate asupra singurului element al acesteia ce părea mai controlabil - greutatea corporală. Practic, pacienta a interiorizat puternic una din comenzile pe care şi le mai dăduse: „Nu mânca!".

Plasarea debutului simptomului la moartea mamei exprimă aceeaşi tendinţă inconştientă de reabilitare a imaginii de sine; scăderea în greutate devenea semnul suferinţei, devotamentului şi sensibilităţii. în plus, această suferinţă avea şi scopul de a ţine lângă ca pe tatăl copilului încă nenăscut şi cu care urma să se căsătorească. Când simptomul ar fi putut pune în pericol relaţia cu viitorul soţ, acesta a fost „suspendat" temporar.

Şedinţa de psihoterapie s-a centrat, pe de o parte, asupra reabilitării imaginii de sine, pe de altă parte, asupra eliminării simptomului. Astfel, înaintea inducerii hipnozei, am valorizat în mod explicit capacitatea de decizie şi autocontrol a pacientei, care i-a permis să renunţe la prima facultate şi să dea examen de admitere la alta, să aibă un copil în condiţii particulare, să-şi controleze chiar simptomul în situaţii deosebite ctc.

I-am spus pacientei că ca a interiorizat la nivel inconştient interdicţia de a mânca - formulată încă de când încerca în mod voluntar să slăbească şi că, în hipnoză, printr-un procedeu de regresie în timp, vom anula această interdicţie. Pentru a ilustra acest mecanism i-am amintit acţiunea filmului *Fenomenul Philadelphia,* în care unul din croi realizează o întoarcere în timp pentru a anula un program de la pupitrul de comandă al unui vapor ce fusese deplasat în viitor.

Demersul hipnoterapeutic utilizat a fost, în general, unul de tip ericksonian. Pentru induciie, am utilizat tehnica levitaţici braţului, asociată cu sugestia că ridicarea braţului este însoţită de regresia de vârstă într-un moment în care problema nu mai există. După confirmarea ideo-dinamică (mişcarea degetului arătător) a acestei regresii, i-am spus pacientei că, după ce s-a născut, a ştiut să se hrănească fără să o fi învăţat nimeni şi că, prin urmare, corpul său ştie ce are de făcut pentru a se hrăni; apoi, ritual izând, am rugat-o să repete de trei ori sugestia:

„ *Corpul meu ştie ce are de făcut pentru hrănirea mea fi a copilului meu! ".*

Pentru a împiedica actualizarea ideii creşterii în greutate, am formulat următoarea sugestie directă, pe care pacienta a pronunţat-o de trei ori: „Nimic nu mă împiedică să mănânc orice, important este să mănânc puţin! ". In timpul hipnozei, am utilizat o poveste terapeutică ce vehicula metaforic ideea că, pentru rezolvarea problemelor, cel mai important lucru este să încerci să le rezolvi! Pentru introducerea poveştii, am utilizat formula propusă de J.A. Malarewicz :

„ *Voi spune această poveste fetiţei care este în tine...".*

Ceea ce este interesant este faptul că pacienta a interpretat această metaforă *ad litteram* - anume, că această poveste este destinată copilului încă nenăscut.' Ideea că acesta, la fel de interesat ca şi mama lui în rezolvarea problemei, o va ajuta în găsirea soluţiei, a avut o valoare terapeutică incontestabilă.

Pentru a verifica în ce măsură pacienta îşi construieşte viitorul cu sau fără simptom, am asociat coborârea braţului cu progresia de vârstă într-un viitor foarte apropiat. După ce am obţinut confirmarea ideodinamică a acestei progresii, am identificat că viitorul în care se plasase pacienta se afla la o distanţă de trei zile de momentul în care se desfăşura terapia. După această unică şedinţă de terapie, dispariţia simptomului mi-a fost confirmată după trei zile!

Urmărirea ulterioară a pacientei a evidențiat reapariția, pe termene foarte scurte și într-o formă atenuată, a simptomului. Aceste perioade au fost depășite relativ ușor. Pacienta a avut o sarcină normală și a născut un copil sănătos.

6. Halucinațiile și modificările senzoriale

De cele mai multe ori suntem contrariați când, în viața noastră de zi cu zi, întâlnim oameni care au diverse experiențe pe care noi nu le avem, văd ceea ce noi nu vedem, aud ceea ce noi nu auzim... Actorul de comedie L. Tomlin se întreabă: „De ce atunci când eu vorbesc cu Dumnezeu mă rog, iar când Dumnezeu vorbește cu mine sunt schizofrenic?" *(cf.* M. Yapko, 1990, p. 289). Halucinația este o realitate subiectivă care este acceptată de persoana care o trăiește ca realitate obiectivă. Ca manifestare psihopatologică ea este, de cele mai multe ori, o proiecție a inconștientului pacienților psihotici. Halucinațiile create în timpul transei hipnotice sunt experiențe sugerate, pe care subiectul le poate trăi ca fiind diferite de realitatea curentă, mai obiectivă.

Dacă definim halucinațiile, pur și simplu, ca experiențe senzoriale care nu-și au originea în stimulări externe - atunci putem lesne observa că putem avea halucinații în cadrul tuturor celor cinci analizatori: văz, auz, miros, gust, tact. Halucinațiile pot fi pozitive - când trăim experiențe senzoriale care nu sunt determinate de slimuli externi, și negative - când nu trăim experiențele senzoriale obișnuite, deși suntem stimulați obiectiv în acest sens.

în viața de zi cu zi trăim frecvent halucinații pozitive și negative: simțim intens gustul mâncării de care ne este poftă, simțim o mâncărime pe întreg corpul, atunci când descoperim o insectă pe o anumită zonă a corpului, auzim pe cineva care ne strigă, deși nu este nimeni în jurul nostru - de câte ori, cufundați în ceea ce lucrăm, nu ne întoarcem spre colegul nostru întrebându-l „ai spus ceva?" și suntem mirați când ni se răspunde negativ (halucinații pozitive) ; sau nu auzim soneria de la intrarea în apartament ori pe cineva care vorbește lângă noi - fiind absorbiți de cititul unei cărți, vizionarea emisiunii preferate la televizor (halucinații negative).

Modificările senzoriale și halucinațiile sunt de lăpt termeni care definesc aceeași realitate psihologică. Pentru a facilita halucinațiile, terapeutul trebuie să modifice capacitatea de recepție senzorială a clientului. Pentru ca halucinațiile să apară, unul sau mai multe din simțurile clientului vor fi făcute mai mult sau mai puțin sensibile, funcție de rezultatul dorit.

Halucinațiile pot fi utilizate în scop terapeutic pentru a introduce clientul într-o situație care nu poate fi reprodusă în „realitatea" obiectivă. Conducând pacientul într-o situație în care se poate descoperi pe el însuși sau lumea în care se află dintr-o perspectivă cu totul nouă, putem, în mod evident, să multiplicăm experiențele sale și putem astfel să-l provocăm la descoperirea și integrarea de noi resurse. Când cineva halucinează intens detaliile unei experiențe, realitatea sugerată poale deveni la fel de puternică și reală ca și viața reală. Astfel, clientul poate auzi cuvinte care i-au lipsit, să vadă oameni și locuri pe care de mult dorea să le (re)vadă, să trăiască sentimente și emoții pe care nu le-a trăit niciodată pentru că viața „reală" nu i-a oferit această ocazie. Halucinațiile sugerate în timpul transei oferă clientului experiențe care contribuie la creșterea și dezvoltarea sa personală.

In timpul transei este posibil ca halucinaţiile sa apară spontan. Halucinarea negativă a propriului corp ori a vocii terapeutului sunt experienţe frecvente în timpul transei. De asemenea, în timpul regresiilor de vârstă subiecţii pot trăi într-o manieră halucinatorie vocile §i imaginile unor persoane care i-au fost apropiate în timpul copilăriei.

Pentru a facilita apariţia halucinaţiilor pot fi utilizate sugestii directe şi sugestii indirecte. Indiferent dacă se urmăreşte producerea unor halucinaţii pozitive sau negative se recomandă să se utilizeze sugestii cu o structură pozitivă, astfel încât subiectul să ştie ce experienţă să trăiască şi nu ce anume trebuie să ignore. Sugestiile cu o astfel de structură conţin foarte multe detalii care pot viza cât mai multe canale senzoriale. Astfel, dacă dorim ca cineva să trăiască într-o manieră halucinatorie imaginea mamei aflate pe scaunul din faţa sa şi cu care eventual să aibă un dialog, atunci îi descriem îmbrăcămintea, gesturile, parfumul, vocea şi cuvintele utilizate etc.

în general, sugestiile directe sunt frecvent utilizate pentru producerea unor halucinaţii pozitive. Iată câteva exemple:

.... poţi privi înjur şi poţi să vezi pe cineva pe care ai dori să-l vezi şi pe care nu l-ai mai văzut de mult... de foarte mult timp... şi... poţi să-mi spui cum arată această persoană ?" ;

„... poţi auzi o voce care îţi spune ceva... ceva ce, deja probabil ştii... a cui este vocea ? ... şi ce spune ? ";

„... poţi simţi aroma cafelei.,, şi acest miros te transportă în timp într-o situaţie pe care nu ţi-ai amintit-o de mult... de foarte mult timp... şi... poţi să-mi spui unde te afli ? ".

Aceste sugestii specifică doar modalităţile senzoriale care concură la producerea halucinaţiilor, în timp ce conţinutul acestora (persoana, vocea, situaţia) sunt lăsate pe seama proiecţiilor subiectului.

Sugestiile indirecte utilizate pentru producerea halucinaţiilor trebuie, şi ele, să aibă o formă pozitivă, afirmativă. Acest principiu este valabil îndeosebi pentru sugestiile negative. Astfel, dacă dorim ca subiectul să aibă halucinaţii negative privitor la persoanele din apropierea sa, în loc să-i sugerăm direct:

„Nu vei simţi pe nimeni în jurul tău",

putem să utilizăm o sugestie directă de tipul:

„Poţi fi singur",

iau o sugestie indirectă:

„Unde au plecat toţi ceilalţi ?" („Te întrebi unde au plecat toţi ceilalţi").

Când sugerăm halucinaţii pozitive putem utiliza *negaţii paradoxale:*

„Nu trebuie să fii atent ia... (la musca ce zboară în jurul tău..., la persoana care tocmai a intrat în cameră... " etc).

Iată câteva tipuri de sugestii indirecte utile pentru inducerea halucinaţiilor:

„... şi cum te simţi văzându-tepe tine însuţi copil ?..." ;
„... şi a cui este vocea pe care o auzi ?...",
„... şi de ce nu ai observat mai devreme că mâinile tale au plutit fără efort ?...";

..... ji *când am fost în pădure pentru a auzi liniștea și a simți mirosul* ***plăcut al frunzelor*** *de brad, și sunt sigur că și tu cunoști aceste senzații..."* („a auzi liniștea" este o sugestie indirectă pentru halueinarea negativă a stimulilor auditivi).

Am amintit deja că halucinațiile și modificările senzoriale se referă la realități psihologice similare. între modificările senzoriale mai spectaculoase citățm : analgezia, anestezia, senzații de greutate sau de plutire. La fel ca și celelalte fenomene intia-hipnotice și acestea pot apărea și în afara contextului hipnotic. Cine nu a auzit despre mame care-și uită propria durere când copilul îi este bolnav? Sau cine nu a avut senzația că, mergând spre stomatolog, constată că durerea care-1 deranja inițial devine mai suportabilă?

Deseori, modificările senzoriale, fie că apar spontan, fie că sunt induse de terapeut, sunt utilizate pentru ratificarea transei.

Deoarece scăderea sensibilității la stimuli durerOși constituie un domeniu important al utilizării hipnoterapiei, ea va face obiectul unei analize separate într-unui din capitolele următoare.

7. Catalepsia

în general, catalepsia este considerată unul dintre cele mai caracteristice fenomene ale hipnozei, fiind într-o strânsă relație cu gradul de profunzime al transei și cu nivelul de implicare psihologică. Termenul de „catalepsie" este, după cum remarca A. Wcitzcnhoffer (1957, p. 136), folosit într-un mod nediscriminativ în situații care nu au aceeași semnificație. în sens strici, continuă acesta, catalepsia „se referă la o stare de rigiditate musculară î:i care corpul individului menține orice poziție care i se dă" *(idem,* p. 136). Aceasta mai este numită și „flexibilitate ceroasă". In practica hipnoicrapeutica, termenul de cătai psie este în mod frecvent utilizat cu referire !a orice condiție musculară în care subiectul este incapabil să miște voluntar mâinile, picioarele sau întregul corp. Acest fapt este determinat, de cele mai multe ori, de prezența contracturilor musculare. Referindu-se la acest fenomen, M. Erickson îl definește ca „o formă de tonici tale musculară bine echilibrată" (1981, p. 40). Această definiție funcțională evidențiază mai bine aspectul activ al acestui fenomen și subliniază că imobilitatea percepută a subiectului nu este expresia unui proces pasiv.

Pe măsură ce pacientul este din ce în ce mai absorbit de procesele asociative declanșate de sugestiile terapeutului, el poate manifesta răspunsuri cataleplice: privire fixă, imobilitate generală, „flexibilitate ceroasă" - întâlnită de obicei la pacienții catatonici care își mențin brațele în poziția în care medicul le plasează - rigiditate musculară, mișcări inconștiente, rărirea respirației, a clipitului etc. Catalepsia este rezultatul unei focalizări intense și a unei absorbții profunde în realitatea psihologică sugerată de terapeut; ea este frecvent întâlnită în regresii de vârstă, analgezii, distorsiuni senzoriale. Manifestările cataleptice pot apărea spontan sau pot fi induse pentru realizarea unor obiective terapeutice.

Putem înțelege mai bine adevărata natură a catalepsiei și resursele utilizării ei terapeutice, dacă observăm manifestarea ei în așa-numitele „transe cotidiene" pe care le trăim ori de câte ori suntem absorbiți de diverși stimuli interni sau externi (Erickson & Rossi, 1981, p. 40) : scriind o scrisoare și luând o pauză pentru a ne gândi sau, absorbiți de vreo imagine declanșată în timpul scrierii scrisorii, rămânem deseori cu stiloul în

mână, cu privirea fixă şi corpul imobil; când ne concentrăm asupra unei probleme, deseori capul se întoarce uşor într-o parte şi rămânem cu ochii fixaţi în gol; absorbiţi de vizionarea unui spectacol sau de cititul unei cărţi, corpul nostru intră într-o poziţie cataleptică. Observaţi poziţia corpului multor conducători auto aşteptând la stop pentru a sesiza la timp schimbarea culorii de pe roşu pe verde! Mulţi dintre ei intră într-o poziţie cataleptică : privire fixă, rigiditate musculară şi imobilitate a corpului.

Sugestiile utilizate pentru inducerea catalepsiei pot viza întregul corp (se obţine ceea ce se numeşte „punte cataleptică", în care corpul rigid este suspendat între două puncte, de sprijin), imposibilitatea deschiderii ochilor („catalepsia pleoapelor"), imposibilitatea îndoirii braţului devenit rigid „ca o bară de oţel" (catalepsia braţului), imposibilitatea dcscleştării mâinilor etc.

Deşi relativ numeroase, utilizările terapeutice ale catalepsiei pot fi grupate în două mari categorii:

a) catalepsia ca mijloc de ratificare şi aprofundare a transei; pacientul descoperă cu uimire capacitatea corpului său de a se manifesta spontan, automat într-un fel mai puţin obişnuit, fapt ce favorizează actualizarea întregului „rol" hipnotic. Majoritatea pacienţilor şi studenţilor mei nu credeau că au capacitatea de a-şi menţine corpul imobil suspendat între două puncte de sprijin. Când, după o transă relativ lejeră, au reacţionat pozitiv la sugestia directă de rigidizare cataleptică şi au constatat că stau fără efort suspendaţi între două puncte de sprijin, au actualizat şi alte manifestări hipnotice: analgezie, amnezie etc. Tehnica punţii cataleptice, prin caracterul ei oarecum spectacular, conduce la o rapidă aprofundare a transei;

b) catalepsia ca mijloc terapeutic poate fi utilizată pentru asistarea oricărui pacient ale cărui mişcări trebuie să fie minimale pentru a se însănătoşi rapid. Ca facilitator al aprofundării transei, catalepsia poate capta atenţia clientului, stimulând o mai mare activitate independentă a inconştientului.

în general, orice stimul care reuşeşte să capteze intens interesul subiectului poate facilita apariţia unor răspunsuri cataleptice. Cu acest scop pot fi utilizate metaforele, şocul sau surpriza, confuzia etc, integrate în abordări directe sau indirecte, verbale sau nonverbale.

Exemplul care urmează ilustrează catalepsia braţului cu ajutorul unor sugestii directe:

„şi, pe măsură ce respiri... într-un ritm foarte confortabil... poţi observa care din braţele tale începe să se simtă mai uşor decât celălalt... aproape fără greutate... şi braţul tău poate începe să plutească uşor şi fără efort... ridicându-se... foarte bine... ţi, pe măsură ce. pluteşte ca ţi cum ar fi tras de un balon, poti fi surprins să descoperi cât de plăcut este sa trăieşti senzaţia plutirii braţului în faţa ta... ca şi cum ar fi complet lipsit de greutate... şi el poate sta acolo în timp ce tu observi o altă senzaţie care ar putea să te intereseze...".

în următoarele fraze, M. Erickson combină sugestiile directe şi indirecte pentru realizarea catalepsiei braţelor:

„*... Pur şi simplu relaxează-te. Peste câteva momente îţi voi ridica braţul... Şi aş dori să-l priveşti...* (Terapeutul ridică uşor braţul la nivelul ochilor...). *Acum îţi vezi mâna... Priveşte-o! ... şi o vezi chiar acolo... Şi nu o voi aşeza la loc. Ţi-o voi lăsa acolo unde se află... in timp ce tu, pur şi simplu, continui să o priveşti. ... Şi poti privi în continuare mâna... pur şi simplu. o priveşti... Continui să-ţi priveşti mâna dreaptă... Şi am de gând să-ţi las mâna stângă chiar acolo unde se află. Si acum, încet...*" (înacest exemplu catalepsia braţului stâng este sugerată în mod indirect).

Cea mai simplă utilizare a catalepsiei pentru focalizarea atenției și inducerea transei este prezentată de Erickson și Rossi (1981, p. 51) : se orientează ușor brațul pacientului spre un punct situat la nivelul ochilor, apoi se sugerează coborârea treptată a brațului din ce în ce mai jos, până ce acesta se așază pe picior. Pacientului i se cere să-și privească atent mâna fără să-și miște capul... Și, pe măsură ce brațul coboară, pleoapele coboară și ele. Imediat ce brațul a coborât complet, terapeutul poate sugera subiectului să închidă ochii complet, dacă aceștia nu cumva s-au și închis între timp.

O modalitate indirectă de a provoca instalarea catalepsiei este aceea de a sugera relaxare și imobilitate, ca în exemplul următor:

„.,. și te simjifoarie bine constatând că, de fapt, corpul tău site să aibă el însuși grijă de el... el știe cum să respire confortabil... inspiri... expiri... fără efort... și își menține aceast respirație ușoară și fără efort în timp ce mintea ta zboară aiurea, descoperind anumite amintiri la care nu te-ai mai gândit de foarte, foarte mult timp... și el mai știe cum să ***rămâ*** *liniștit în timp ce te bucuri de această amintire... și nu-i așa că este foarte relaxant să-ți si brațele odihnindwse relaxate pe fotoliu fără să simți* ***nici*** *cea mai* ***mică nevoie de a le*** *mișca ?... șifi-ar lua mult prea mult efort decât merită pentru a le mișca în situația de confort și relaxare în care te afli acum...".*

Evident, nu putem induce relaxare, imobilitate și concentrare dacă noi, ca terapeuți, nu manifestăm aceste comportamente. De aceea, ca într-un dans, putem *modela* comportamentul pacientului, adoptând noi înșine comportamente cataleptice: întrerupem mișcarea brațului Ia mijlocul drumului, preocupați de povestirea unei metafore, lungim cuvintele pentru a micșora ritmul vorbirii, facem pauze etc.

CAPITOLUL VII

Principii generale ale hipnoterapiei ericksoniene

1. Oamenii au resursele necesare rezolvării problemelor lor

Terapia ericksoniană subliniază idcca că fiecare persoană are resursele şi aptitudinile necesare rezolvării problemelor sale. Adoptând o perspectivă paradoxală, M. Erickson spunea deseori pacienţilor săi în timpul transei: „Există lucruri pe care le ştiţi, dar nu ştiţi că le ştiţi. Când veţi şti ceea ce nu ştiţi că ştiţi, atunci vă veţi schimba". Acest tip de formulare provoacă pacientul să caute în el însuşi resursele necesare schimbării aşteptate. Schimbarea terapeutică este, din această perspectivă, o extensie a ceea ce pacientul ştia deja. „Terapeutul - spune J. Zeig - porneşte de la principiul că pacientul, în istoria sa, a făcut dovada unei funcţionări adecvate şi eficiente. Prin urmare, terapeutul nu trebuie să-şi propună să înveţe pacientul cum să se comporte adecvat. Mai degrabă, munca terapeutului este aceea de a ajuta pacientul să-şi deblocheze istoria constructivă adormită. Terapia devine procesul de stimulare a resurselor existente - resurse care au rămas muit timp închise" (J. Zeig, 2000, p. 144).

Perspectiva medicală, precum şi cea a psihoterapiei centrate pe problemă, evidenţiază aspectele patologice, insuficienţele şi disfuncţiile responsabile de apariţia problemei. Diagnosticul clinic care rezumă cauzele problemei influenţează prognosticul - cu cât mai sever este diagnosticul, cu atât mai rezervate sunt aşteptările terapeuţilor şi clienţilor lor privind o posibilă evoluţie favorabilă a acestora din urmă. Centrarea pe aspectele patologice prezintă riscul patologizării unor comportamente normale şi al iatrogeniei. Studiul lui D. Rosenhan *Iii re suin dans un environnement malade* evidenţiază bine acest proces. Aşteptările negative ale terapeuţilor şi pacienţilor au tendinţa de a se transforma în predicţii ce se autoîmplinesc. Această idee. exprimată plastic de zicala „De ce ţi-c teamă nu scapi", a fost confirmată de studii de referinţă în domeniul psihologiei (A. Rosenthal, 1967 ; Barber & Silver, 1968 etc). în aceeaşi măsură, şi aşteptările pozitive vor iniţia un ciclu al schimbării în direcţia dorită. întâmplarea povestită de G. Allport ilustrează foarte bine acest fapt:

> „într-un spital provincial din Austria, un bărbat zăcea grav bolnav - era practic pe patul de moarte. Echipa medicala i-a spus acestuia, direct, că ei nu pot diagnostica boala, dar că, in cazul în care ar cunoaşte diagnosticul, ar putea, probabil, să-l vindece. In continuare, i-au spus că un diagnostician faimos va vizita curând spitalul şi că, probabil, ci va reuşi să-i pună diagnosticul corect.

După câteva zile, diagnosticianul a sosit şi a început consultaţia bolnavilor. Ajuns la patul bărbatului respectiv, abia privindu-l. a murmurat «Moribundus» şi a plecat.

Câţiva ani mai târziu, pacientul l-a sunat pe diagnostician si i-a spus: „Doresc să vă mulţumesc pentru diagnostic. Cei din spital rni-au spus că, dacă dumneavoastră îmi veţi pune un diagnostic, mă voi face bine, şi, din momentul în care aţi spus «Moribundus», am ştiut că mâ voi însănătoşi" *(cf.* P. Waizlawick, 1990, p. 56).

Ideea că oamenii au tot ce le trebuie pentru a-şi rezolva problemele o întâlnim şi în zicala: „Fiecare om are probleme pe măsura Iui". Dar, dacă oamenii au resursele necesare rezolvării problemelor lor, de ce mai vin atunci Ia terapeut? Trebuie să spunem, mai întâi, că toţi oamenii au probleme, că viaţa însăşi este o problemă! Viaţa are sens doar în măsura în care zilele se scurg una după alta apropiindu-ne de un obiectiv plasat în viitor. Dar, a avea un obiectiv în viitor, înseamnă a crea o problemă în prezent - problema atingerii obiectivului. Prezentându-i clientului situaţia sa ca făcând parte din dificultăţile obişnuite ale vieţii de zi cu zi, şi nu ca problemă psihologică sau psihopatologică, realizăm ceea ce frecvent se numeşte „normalizare", „depatologizare".

Deşi toţi oamenii au probleme, la terapeut se prezintă doar cei care nu şi Ie rezolvă într-un timp rezonabil. In ciuda resurselor existente, aceştia nu-şi rezolvă problemele cel puţin din două motive:

- oamenii nu formulează corect problema; în acest caz, scopul terapiei este de a-l ajuta pe client să dezvolte alternative la formularea iniţială a problemei cu care s-a prezentat la terapeut; şi. se ştie: „o problemă bine formulată este pe jumătate rezolvată!";
- oamenii devin deseori prizonierii unei singure imagini privind soluţia : „problema X se rezolvă numai aşa! ". Sarcina terapeutului va fi, de această dată, stimularea clientului să dezvolte alternative la formularea iniţială a soluţiei. Daca în matematică o problemă arc mai multe soluţii, cu atât mai mult acest lucru se întâmplă în viaţă! Imaginaţi-vă un copil care învaţă că, pentru a-l obţine pe opt are nevoie de doi de patru. Dacă rămâne în acest stadiu, în situaţia când are oricare alte cifre, dar nu doi de patru, el se va confrunta cu o problemă extrem de dificilă. Abia mai târziu, când copilul va învăţa că îl poate obţine pe opt dintr-o infinitate de combinaţii de cifre şi operaţii, putem spune că ştie cu adevărat matematică! La fel şi în viaţă - experienţa se exprimă prin capacitatea de a dezvolta alternative. După cum observăm, sarcina terapiei este aceea de a crea un cadru care să-l stimuleze pe client să dezvolte formulări alternative, fie în raport cu problema, fie în raport cu soluţia. Aceste alternative îi vor permite să descopere sau să utilizeze mai eficient resursele de care dispune.

Pentru a ilustra această idee, putem propune un exemplu simplu: dacă un părinte etichetează comportamentul copilului cu termenul „obrăznicie", „neascultare", atunci soluţia pe care o va utiliza va fi pedeapsa; dacă formulează altfel problemele copilului - ca „trăiri adolescentine", „tulburări de creştere" etc, atunci, evident soluţia va fi alta.

2. Principiul utilizării

Pentru a realiza o terapie eficientă, terapeutul trebuie să transforme pacientul într-un partener, adică să utilizeze tot ceea ce aduce acesta în cabinetul de psihoterapie. De aceea, „terapeutul care dorește să-și ajute pacientul nu ar trebui niciodată să disprețuiască, să condamne sau să respingă vreo parte a comportamentului pacientului" - spune M. Erickson - deoarece „comportamentul pacientului este parte a problemei care l-a adus în biroul nostru; el alcătuiește mediul personal în interiorul căruia terapia trebuie să-și producă efectul" și „poate constitui forța dominantă în relația globală medic--pacient" (1965, p. 57).

Din această perspectivă, principiul utilizării se referă la capacitatea terapeutului de a răspunde strategic la orice aspect a! pacientului sau al mediului său, după cum afirmă St. Gilligan, la disponibilitatea terapeutului de a intra în transă împreună cu pacientul, dar, spre deosebire de transa acestuia din urmă care este orientată spre interior, transa terapeutului este orientată spre exterior.

într-un studiu recent, J. Zeig prezintă o serie de tehnici și principii ale utilizării (Zeig, 2000). Tehnicile utilizării pe care le vom menționa permit individualizarea, personalizarea inducției transei și a programului terapeutic:

a) Ratificarea. Procesul inducției transei implică, de obicei, două etape succesive: absorbția și ratificarea. Mai întâi, atenția pacientului este absorbită de o senzație, o imagine, fantasmă, amintire. Apoi, absorbția este ratificată, confirmată cu ajutorul unor simple fraze declarative.

Exemplu :

„In timp ce mă asculți, totul se schimbă... respirația ta. se schimbă, poziția corpului tău se schimbă... gândurile și imaginile care iți trec prin minte se schimbă și ele... ". (Observați trecerea de la manifestări externe, ușor observabile, la manifestări interne.)

Ratificarea oferă pacientului un *feedback* pozitiv, orienlându-1 spre stări din ce în ce mai profunde ale transei.

b) Atribuirea. Deși se apropie de ratificare, atribuirea implică asocierea unor semnificații mai largi, uneori cu conotație terapeutică, comportamentelor observate.

De pildă, unui pacient care apleacă ușor capul în față, îi putem spune :

.Apleci acum capul în mod diferit, pentru că este felul tău inconștient de a-ți exprima acordul cu tot ceea ce se întâmplă cu tine acum... ".

în cazul în care capul se lasă pe spate, îi putem spune pacientului:

„Capul se lasă pe spate dintr-o dorință a întregului corp de a se destinde complet".

c) Prescrierea simptomului. Această tehnică permite terapeutului să utilizeze simptomul și să-1 orienteze subtil într-o anume direcție. Astfel, unui pacient diagnosticat cu „crampa scriitorului" și care, în timpul transei, a început să-și miște ușor brațul drept, i-am spus:

„Brațul drept se mișcă. •. este felul în care el descarcă în mod inconștient tensiunea până acum..-. si, cu cât se mișcă mal mult, cu atât transa va deveni din ce în ce mai profu

d) Incorporarea. Această tehnică ne ajută să transformăm orice stimul extern într-un element al contextului hipnotic. De pildă, zgomotele copiilor care se joacă în curte pot fi utilizate pentru inducția regresiei de vârstă, zgomotul mașinilor de pe stradă poate fi încorporat în sugestii referitoare la realizarea unor călătorii în spațiu... sau timp, zgomotul unei uși poate fi încorporat într-o sugestie de tipul:

„... și inconștientul tău poate deschide alte uși spre spații din ce în ce mai profunde al universului tău interior... " etc.

e) Prin *redefinirea hipnotică,* unele elemente utilizate de către pacient în descrierea problemei dobândesc conotații pozitive prin utilizarea lor în descrierea senzațiilor plăcute ale transei sau în descrierea soluțiilor. Astfel, dacă pacientul utilizează cuvântul „greu" pentru a-și descrie problema, în timpul inducției putem orienta atenția pacientului spre senzația plăcută de „greutate", caracteristică stării de relaxare care-i cuprinde treptat corpul.

f) Prescripția simbolică. Terapeutul ericksonian nu interpretează comportamentele și cuvintele simbolice ale pacientului, ghidându-se după principiul „inconștientul poate rămâne inconștient". El va răspunde pacientului tot la nivel simbolic. Astfel, inspirându-mă dintr-un caz prezentat de M. Erickson, plasez deseori mâna stângă a pacientului pe umărul său drepți postură care simbolizează faptul că pacientul se îmbrățișează, se acceptă etc.

Pornind de la cadrul general al principiului utilizării, J. Zeig alcătuiește un metamodel care își propune *organizarea întregului proces terapeutic.* Acest **model are** ca obiectiv principal evidențierea strategiilor de producere a schimbării, prin identificarea resurselor pacientului și personalizarea intervenției terapeutice.

în afara principiului utilizării, deja prezentat, acest model mai cuprinde următoarele componente:

- fixarea scopurilor;
- „împachetarea cadoului";
- personalizarea intervenției;
- stabilirea unui proces dinamic.

a) *Fixarea scopurilor.* Fixarea scopurilor intervenției terapeutice, spune J. Zeig, poate fi facilitată prin transformarea problemei în proces și prin fracționarea soluției în părți mai mici. *Transformarea problemei în proces* evidențiază multiple posibilități de intervenție. De cele mai multe ori, problema este produsul înlănțuirii automate a mai multor elemente sau secvențe. Persoana care fumează nici nu știe cum anume i-a ajuns țigara în gură sau nu conștientizează momentul în care aprinde o țigară de la alta. Simptomul este un comportament spontan, automat și involuntar. Descompunerea lui în secvențe și introducerea între acestea a unui element voluntar modifică echilibrul inițial al simptomului, îl destructurează, permițând restructurarea lui într-o manieră adapta ti vă. Se știe că, atunci când într-un cuplu cei doi soți se ceartă, nimeni nu ascultă (poate doar vecinii!). Dacă între replicile celor doi se introduce o pauză (de pildă unul din soți are

dreptul să reproşeze într-o zi, dar va primi replica celuilalt a doua zi) sau se recomandă ca replicile contradictorii să fie formulate în scris, atunci există o mare probabilitate ca dialogul să revină la caracteristici normale. Sau, imaginaţi-vă ce se întâmplă cu un cuplu care se ceartă, dacă, după câteva minute de la începerea disputei, unul din soţi, dând curs unei prescripţii terapeutice, va spune celuilalt: „Ne-am certat suficient în această cameră, hai să continuăm cearta în camera cealaltă! ",

Utilizez în mod frecvent cu pacienţii mei, în timpul transei, următoarea sugestie :

„Inconştientul tău ştie exact cum anume apare problema... cum anume un gând determină alt gând sau altă imagine, cum o anume imagine sau un gând determină o mişcare sau o emoţie... şi tot el poate identifica cel mai potrivit loc in acest lanţ unde poate introduce schimbarea... Este suficient ca un gând să fie urmat de un alt gând sau o altă imagine decât cele obişnuite pentru ca întregul lan{ să se destrame... Rămâi curios în legătură cu locul, momentul şi felul schimbării descoperite de inconştientul tău... ".

Fracţionarea soluţiei în părţi mai mici presupune ca terapeutul să identifice mai întâi felul în care pacientul „construieşte" problema sa. De pildă, dacă un pacient este depresiv, ne putem întreba cum anume îşi „construieşte" el depresia: mai întâi se centrează pe toate defectele şi insuccesele lui, pe care Ic exagerează, apoi se izolează de ceilalţi, renunţă la activităţile obişnuite etc. Soluţia se compune, în acest caz, din elemente opuse strategiei de producere a problemei: evidenţierea succeselor şi a calităţilor personale, reluarea contactului cu vechii prieteni, practicarea activităţilor obişnuite etc.

După ce terapeutul are deja un scop, este foarte important să fie prezentat pacientului într-un „ambalaj" corespunzător. De aceea, următorul clement al modelului este „împachetarea cadoului".

b) *„Împachetarea cadoului".* Deseori, soluţiile la problemele oamenilor sunt atât de simple, încât, tocmai de aceea, sunt mai puţin credibile. A spune cuiva că va găsi răspunsuri la întrebările sale dacă se va uita, cu mai multă atenţie, în jur, pare un lucru atât de simplu, încât cu greu va considera că, pentru a primi acest sfat, ar trebui să plătească o terapie. Dacă, însă această prescripţie va fi inclusă într-o tehnică anume, atunci ea va deveni mai credibilă. O manieră de a „împacheta" o idee este aceea de a o prezenta sub hipnoză. „Din punct de vedere structural - spune J. Zeig (2000, p. 140) - hipnoza nu este decât o metodă de a împacheta idei."

Atunci când primim un cadou frumos împachetat există un moment - cel al contactului iniţial - când putem visa că acest cadou ar putea sâ satisfacă dorinţele noastre cele mai secrete! Şi, nu întâmplător, s-a dezvoltat o întreagă industrie care se ocupă cu împachetarea cadourilor. Hipnoza este un „ambalaj" deosebit pentru că însuşi cuvântul hipnoză activează o serie de mituri, credinţe, aşteptări cu efect sanogenctic.

c) *Personalizarea intervenţiei.* Este plăcut să primeşti un cadou, dar când acest cadou este exact ceea ce ţi-ai dorit şi ştii că cel care ţi l-a oferit l-a ales *special* pentru tine, atunci plăcerea este cu atât mai mare.

Oamenii sunt unici. De aceea problemele lor sunt unice şi au soluţii unice. Pacienţii vor să fte trataţi într-o inanicTă unică. Aceasta implică din partea terapeutului respect faţă de pacient, realizarea unui efort de înţelegere şj dezvoltarea unei relaţii empatice. Deseori,

insistând asupra acestui fapt, Erickson spunea: „Psihoterapia pacientului A nu se potrivește cu psihoterapia pacientului B".

Terapeutul trebuie să-și pună Întrebări în legătură cu valorile și credințele pacientului pentru a „croi" o psihoterapie „pe măsură". Dacă pacientul preferă misterul, atunci hipnoza va fi o terapie pe măsură, dacă acesta preferă abordările raționale, cu secvențe foarte clare și bine argumentate, atunci o terapie cognitiv-comportamentală ar putea fi mai eficientă.

Unul dintre pacienții mei, medic chirurg, a reacționat foarte bine la o abordare terapeutică în care desensibilizarea sistematică a fost principalul element, după ce o abordare de lip ericksonian, cu multiple sugestii indirecte, a avut un mai mic succes. Acest fapt este în acord cu formația profesională a pacientului meu, deoarece se știe, chirurgii își organizează propriile intervenții într-o manieră sistematică.

d) Psihoterapia implică un *proces* care își propune mobilizarea gradată a credințelor, așteptărilor și experiențelor subiectului. Doar dozarea competentă a intensității acestui proces poate transforma psihoterapia într-o „experiența emoțională corectivă". Nu treceți prea repede la „felul principal de mâncare" spune J. Zeig, făcând o analogie cu ceea ce se întâmplă atunci când servim masa la un restaurant. Pauzele dintre felurile de mâncare, ritualul alegerii mâncării preferate și alte amănunte referitoare la aranjarea mesei, serviciul propriu-zis pot face dintr-o seară petrecută la un restaurant un eveniment. La fel și în cazul psihoterapiei. De obicei, procedez în felul următor cu pacienții mei. In prima ședință are Ioc un interviu care are ca obiectiv formularea corectă a problemei și identificarea resurselor pacientului. In finalul ședinței comunic faptul că demersul terapeutic ce va fi utilizat va cuprinde, între altele, și hipnoza. Utilizând cuvântul hipnoză, îl provoc deja pe pacient să actualizeze o serie de credințe pozitive despre hipnoză și despre efectele benefice ale acesteia asupra lui. In a doua ședință mă interesez despre credințele pacientului despre hipnoză, „îl convertesc" la doctrina inconștientului (a se vedea principiul referitor la utilizarea inconștientului) și practic cu el câteva teste de sugestibilitate (prezentate ca probe de imaginație). în finalul ședinței îl informez că în ședința următoare vom face prima inducție hipnotica. Acest amănunt provoacă deja anumite elaborări interne care vor fi utile procesului terapeutic din următoarea ședință, în care pacientul va trăi prima transă.

Acest mod de lucru cu pacientul este bine ilustrat de povestea care urmează și pe care o spun adesea persoanelor pe care Ie formez în practicarea hipnoterapiei:

„Un tânăr doritor să se instruiască în arta medicinci se duse într-o bună zi la un medic vestit căruia îi ceru să-l accepte ca ucenic. Văzând nerăbdarea acestuia, medicul îl acceptă, după multe insistențe, avertizându-l asupra faptului că trebuie să învețe să observe detaliile comportamentului său care sunt foarte importante în procesul terapiei.

După câțiva ani de ucenicie, tânărul se simțea deja bine pregătit pentru a practica terapia învățată.

într-o zi, observând pe fereastră un om care se îndrepta spre casa lor, doctorul spuse ucenicului :

- Acest om este bolnav. Arc nevoie de rodii.

- Ai pus diagnosticul, dar lasă-mă pe mine să-i prescriu rețeta. In telul acesta voi face jumătate din treabă, spuse ucenicul.

- De acord, cu condiția să-ți amintești că, înainte de a-i prescrie rețeta, trebuie să-i dai timp sâ se obișnuiască cu ideca.

Imediat ce clientul puse piciorul în prag, ucenicul îl pofti înăuntru, spunându-i:

- Eşti bolnav. Trebuie să mănânci multe rodii.

- Rodii! strigă bolnavul, ăsta da tratament! Ce absurditate! Şi plecă imediat.

Tânărul, surprins de cele întâmplate. îl rugă pe maestrul său să-i explice ce se întâmplase. îţi voi arăta data viitoare, când vom avea un caz similar, i-a răspuns medicul.

La puţin timp după acest incident, fiind aşezaţi in faţa casei maestrul, ridicându-şi privirea, a văzut pe cineva venind spre ci.

- Iată exemplul aşteptat! Vine cineva care arc nevoie de rodii.

Doctorul a poftit clientul înăuntru, l-a examinat cu atenţie si a spus :

- Ah, iată-ne în faţa unui caz dificil si complex. Să vedem.,. Hmmmm! După mine, ceea ce ar trebui făcut este un regim, un regim anume care ar regla tulburarea metabolică pe care o aveţi. Cu fructe, de pildă. Ar trebui un fruct rotund... portocale oare ? Nu, nu este culoarea indicată... Lămâia este muft prea acidă... Am găsit! Rodii! Rodiile sunt cele mai potrivite.

Bolnavul a plecai acasă încântat şi mulţumit.

- Maestre, întrebă elevul, de ce nu ai spus imediat bolnavului că arc nevoie de rodii ?

- Pentru că, răspunse medicul, lui nti-i trebuiau doar rodii, îi mai trebuia şi timp! "

(Adaptare după *Povestiri cu tâlc din înţelepciunea sufită*. Ed. Sophia, Bucureşti, 1999)

3. Fiecare **individ este unic**

Acest principiu (aflat într-o strânsă relaţie cu principiul prezentat anterior) pare aproape un truism. Majoritatea specialiştilor definesc personalitatea prin unicitatea şi originalitatea ei. Totuşi, nu toţi suntem atenţi la toate implicaţiile acestei afirmaţii. Dacă individul este unic, atunci imaginea lui despre realitate este unică, problema lui este unică. Iar această problemă unică are nevoie de o soluţie unică ! Referindu-se la acest fapt, M. Erickson spunea: „Fiecare persoană este un individ unic. De aceea, psihoterapia ar trebui formulată pentru a putea întâlni unicitatea nevoilor individuale, mai degrabă decât să croiască persoana pentru a se potrivi cu patul procustian al unei teorii ipotetice a comportamentului uman" *(cf.* Zeig & Gilligan, 1990).

4. **Răspunsul interlocutorului este cel care ne informează** despre **sensul discursului său**

Acest principiu, ca multe din cele prezentate în acest capitol, se referă la ideea, mai generală, a personalizării intervenţiei. Mesajul pe care îl transmitem pacientului capătă un anume sens, funcţie de istoria acestuia şi de contextul în care se desfăşoară terapia. Invitând o persoană să se aşeze confortabil pe un fotoliu, am putea avea surpriza ca ca să se aşeze pe marginea fotoliului, cu spatele drept, genunchii apropiaţi, ţinându-şi geanta cu ambele mâini etc. Evident, această persoană a receptai invitaţia noastră ca pe ceva formal, iar poziţia ei ar putea exprima ideca „nu stau decât foarte puţin... dacă deranjez plec...".

Deoarece răspunsurile pacientului la mesajele noastre sunt exprimate atât verbal cât şi nonverbal, este foarte important ca terapeutul să fie, înainte de toate, un bun observator. Nu trebuie să avem certitudinea că, utilizând aceleaşi cuvinte cu mai multe persoane, comunicăm tuturor aceleaşi idei!

5. Orice comportament răspunde unui obiectiv

Omul este o ființă rațională. El nu învață nimic care să nu-i aducă un beneficiu. Simptomul poate fi considerat ca fiind cea mai bună soluție pe care inconștientul pacientului a descoperit-o în momentul apariției situației problematice. Astfel, plânsul este - în prima copilărie - o formă de comunicare foarte eficientă. Deseori se spune: „Copilul care nu plânge nu primește de mâncare". Dar dacă, pe măsură ce crește, persoana nu utilizează alte forme de comunicare mai adecvate pentru a cere mâncare (atenție, afecțiune etc), arunci plânsul devine „simptom". Un comportament devine „simptom" în momentul în care beneficiile lui devin mai mici decât consecințele sale negative.

Având în vedere acest fapt, este foarte util să realizăm de fiecare dată o conotație pozitivă a simptomului, deoarece creăm astfel premisele unei relații colaborative eficiente cu pacientul.

De pildă, unui pacient cu ticuri îi spun următoarele:

„Comportamentul pe care acum îl consideri «problemă» este felul în care inconștie descarcă o parte din tensiunea psihică pe care o trăiești în anumite situații. Unii oame descarcă astfel de tensiuni clipind frecvent, alții mișcându-și mâinile sau picioarele în anumit fel etc. Tu procedezi după cum mi-ai spus. In timpul transei inconștientul tău va descoperi alte modalități la fel de eficiente, dar mai puțin neplăcute pentru tine, de a de această stare de tensiune psihică".

în cazul unui pacient cu mutism psihogen i-am lăudat acestuia, în prezența unor membri ai familiei, *„înțelepciunea"* inconștientului său de a fi ales cel mai bun simptom pentru menținerea echilibrului său psihologic:

„Când oamenii trăiesc o stare de conflict ca urmare a reproșurilor persoanelor din reacționează în mod diferit: unii devin agresivi, alții consumă alcool sau droguri, alții evadează pur și simplu din realitate (după cum ai și văzut în spitalul în care ești internat Inconștientul tău a ales cel mai bun simptom - acela de a nu vorbi. De altfel, în mod frec refuzăm să vorbim cu persoanele care ne reproșează fără încetare ceva!".

După care am continuat, spunându-i că în timpul transei inconștientul său va identifica alte comportamente care să-i mențină echilibrul psihologic, permițându-i astfel să vorbească.

6. Nu putem să nu influențăm

Nu putem să nu influențăm după cum nu putem să nu comunicăm. Terapeutul își influențează pacientul indiferent de ceea ce face; de aceea, M. Erickson considera schimbarea terapeutică nu doar posibilă, ci și inevitabilă! Conștient de acest fapt, terapeutul trebuie să-și asume responsabilitatea acestei schimbări utilizând tehnici adecvate. în același timp, terapeuții trebuie să știe că nu luptând sistematic împotriva „rezistențelor" pacienților vor obține schimbarea dorită; ea poate fi obținută prin identificarea forțelor existente în pacient care sunt în acord cu noi și care l-au adus în cabinetul nostru.

7. Nu există eșec, există feedback

Terapeutul ericksonian utilizează ceea ce M. Erickson numea *abordarea aprobativă,* abordare care presupune nu doar luarea în considerație a răspunsurilor verbale și nonverbale ale persoanei, ci, mai mult, inițierea unor acțiuni în acord cu acestea. Ceea ce unii autori numesc rezistente (și care, cel mai adesea, sunt de fapt obstacole sau dificultăji), indică faptul că anumite elemente conștiente și, de cele mai multe ori, inconștiente nu au fost deloc sau nu au fost în suficientă măsură luate în considerație. Nimic nu este negativ în abordarea ericksoniană, iar „rezistenta" este considerată ca o ușă care dă spre o comoară (de resurse) și pe care terapeutul încearcă să o deschidă cu o cheie nepotrivită. Credem că pacientul inițiază terapia dorind să se schimbe. Dacă o soluție nu merge, nu pacientul este rezistent; mai probabil, terapeutul nu a găsit *încă* direcția schimbării așteptate de pacient. Această idee este bine surprinsă de Walter și Peller: „Nu există eșec, există doar *feedback"* (1992, p. 40). Dacă suntem pregătiți să receptăm comportamentul verbal și non-verbal al clientului, atunci vom avea toate informațiile necesare pentru construcția soluției pe care el o așteaptă.

Referindu-se la această idee, S. De Shazer spunea: „Trebuie ținut minte că rezistenta este doar o metaforă care descrie anumite comportamente în contextul terapiei și că alte metafore pot fi mult mai utile. Rezistenta nu este ceva concret. Relația dintre conceptul de rezistentă și conceptul cooperării poate fi văzută astfel: dacă terapeutul *alege* să considere comportamentul clienților ca rezistentă, atunci încercările lor de a coopera nu pot fi văzute, din moment ce fiecare perspectivă o exclude pe cealaltă; dacă terapeutul este orientat spre un comportament cooperativ, atunci ei nu va fi capabil să vadă rezistenta" (De Shazer, 1985, pp. 72-73). Situația este similară celei create de percepția figurilor duble: aceeași realitate ne oferă imagini diferite, funcție de așteptări și perspective.

8. Pacientul este expertul

Pacientul este expertul și adevărul lui este singurul care contează. Relația terapeutică promovată de terapia ericksoniană este una de natură colaborativă, bazată pe respectul pacientului, pe credința că posedă resursele necesare, pe faptul că el știe cel mai bine ce este util pentru el. încercarea terapeutului tradițional de a construi o soluție la problema pacientului fără a tine seama de așteptările acestuia ne aduce în minte vechiul proverb conform căruia „drumul spre iad este pavat numai cu intenții bune". Terapeutul „expert", singurul posesor al „adevărului" științific în domeniul problemelor celorlalți, devine ușor prizonierul imaginii *ptoprii* despre soluție, incapabil să observe ce așteaptă celălalt de la el.

Terapeutul ericksonian nu începe terapia cu idei preconcepute referitoare la problemele pacientului și la soluțiile acestora. Această atitudine de „pagină albă" îi permite să întâlnească rapid pacientul pe propriul teren, să-i accepte propria imagine despre lume și, astfel, să construiască soluții care devin eficiente doar în măsura în care intră în acord cu această imagine.

Respectul manifestat în relația cu pacientul îl conduce pe terapeut la adoptarea unei atitudini oarecum paradoxale - lipsa dorinței terapeutului de a schimba pacientul. în acest context, scopul terapiei este acela de a-l tace pe pacient să-și identifice resursele care îi vor multiplica opțiunile comportamentale, facilitând astfel construirea propriilor soluții ta problemele sale.

Schimbarea terapeutică era, deseori, prezentată de M. Erickson ca o „extensie a ceea ce pacientul știa deja" (J. Haley, 1984). Această idee poate fi foarte bine ilustrată și de cuvintele lui J. Zeig: „Terapeutul pornește de la principiul că pacientul, în cursul vieții sale, a făcut dovada unei funcționări adecvate și eficiente. Prin urmare, terapeutul nu trebuie să-și propună să-I învețe pe pacient cum să fie adaptat. Mai degrabă, munca terapeutului vizează să ajute pacientul să deblocheze istoria constructivă adormită" (J. Zeig, 2000, p. 144).

9. Utilizarea resurselor inconștiente

Istoria hipnozei a impus noțiunea de inconștient. Freud însuși a fost extrem de impresionat de observațiile pe care le-a făcut în legătură cu sugestiile posthipnottce prescrise pacienților de către Bernheim. El a propus, ulterior, propria concepție despre inconștient în care terapeutul ascultă inconștientul pacienților și-i interpretează discursul (vise, comportamente, limbaj) cu ajutorul unor grile de lectură generale și codificate.

Dar și concepția teoreticienilor și practicienilor din domeniul hipnozei a evoluat: în timp ce adepții hipnozei clasice, ortodoxe, nu încearcă să asculte inconștientul, ci mai degrabă îi dau ordine, fie direct, fie prin intermediul sugestiilor hipnotice, cu totul alta este situația în cadrul terapiei ericksoniene și a școlilor terapeutice derivate din aceasta. Astfel, în neuroprogramarea lingvistică sau în cadrul psihoterapiei sistemice, terapeuții se sprijină pe înțelepciunea și resursele inconștientului, fără însă a i se adresa direct; în cadrul hipnozei ericksoniene, terapeutul dă cuvântul inconștientului, într-o manieră directă și fără a-l interpreta, pennitându-i să se exprime și mai ales să acționeze. Felul diferii în care era utilizat inconștientul în hipnoza tradițională și cea ericksoniană, a fost evidențiat de către S. Garnier prin utilizarea următoarei metafore: „în hipnoza tradițională, se programa inconștientul ca pe o mașină; în noua hipnoză, inconștientul este solicitat ca o entitate superioară, depozitară a programelor posibile" (c/. Godin, 1992, p. 45).

Una din întâmplările povestite de M.Erickson ilustrează metaforic credința acestuia în resursele nelimitate ale inconștientului.

> Este vorba de „istoria unui cal care rătăcea in curtea familiei sale pe vremea când era tânăr. Calul nu avea nici un semn cu ajutorul căruia să poată fi identificat. Erickson și-a propus să-l ducă proprietarilor lui și, în acest scop, pur și simplu l-a încălecat, l-a scos la drum și l-a lăsat să-și aleagă singur calea. El nu intervenea decât atunci când calul părăsea drumul pentru a paște sau pentru a se plimba pe vreun câmp. Când, în sfârșit, calul a ajuns în curtea unui vecin, la câțiva kilometri distanță, vecinul l-a întrebat pe Erickson: «Cum ați știut că acest cal a plecat de aici și că ci ne aparține ?» Erickson a răspuns: «Eu nu am știut, dar calul, el a fost cel care a știut. Tot ce a trebuit să fac a fost să-l țin pe drum»" (S. Rosen, 1986, pp. 40-41).

Psihoterapia nu face altceva decât să repună clientul pe drumul bun, îl pune în situația de a accede la o nouă cunoaștere care merge din inconștient spre conștientul individului.

Se întâmplă ca şi cum noua cunoaştere exista în inconştient şi prin terapie ea a prins formă Ia nivel conştient.

M. Erickson prefera să folosească pentru prezentarea concepţiei sale privind inconştientul, nu atât expunerile teoretice, cât imaginile şi metaforele. în relaţia sa cu pacientul, el se adresa la fel de uşor inconştientului ca şi conştientului, utilizând pentru primul metafore precum - „mare magazin în care găseşti tot ceea ce ai nevoie", „rezervor de experienţe, de înţelepciune" etc.

Pentru Erickson, inconştientul este locul în care subiectul poate găsi, cu ajulorul contextual al terapeutului, soluţia la problemele sale, soluţii neutilizate din cauza limitelor determinate de experienţele conştiente ale subiectului. Conştiinţa este programată să se adapteze la finalităţi externe individului, care rezultă dintr-un consens şi sunt expresia unei experienţe. Această experienţă limitează considerabil capacităţile individului, când acesta se confruntă cu o problemă.

în faţa unei situaţii problematice, o persoană actualizează mai multe soluţii potenţiale concurente. Dacă una dintre acestea se dovedeşte eficientă, atunci, în situaţii problematice similare, aceasta va fi actualizată cu prioritate, blocând astfel accesul Ia alte soluţii posibile. Iată cum experienţele conştiente limitează capacitatea de utilizare a resurselor inconştiente. De câte ori nu auzim expresia : „Pentru a avea succes trebuie să uiţi tot ce ai învăţat! ". Trebuie, însă să avem ce uita, deoarece, chiar dacă uităm conţinuturi, rămân în memorie anumite strategii de căutare şi evaluare. Spre deosebire de ceea ce se întâmplă în conştient, în inconştient capacităţile individului rămân intacte, neexplorate şi neexploatate. De aceea, M. Erickson prezenta schimbarea terapeutică ca pe un proces de depăşire a limitelor conştiente, ca pe o *extensie a ceea ce pacientul ştia deja* (J. Haley, 1984).

Pentru a accede la inconştient trebuie să se producă mai întâi „depotenţializarea conştiinţei" prin tehnici deja expuse în unul din capitolele acestei cărţi.

Terapeuţii ericksonieni afirmă că se poate comunica cu inconştientul doar în limbajul emisferei drepte, situaţie în care comunicarea se realizează cu ajutorul unor metode şi tehnici indirecte (metafore, „duble legături", negaţii paradoxale, presupoziţii etc).

Există şi o modalitate directă de a comunica cu inconştientul; în tehnica hipnoterapeutică a chestionării cu răspunsuri prin semnalizare *(„signaling")* ideomotone elaborată de LeCfon, Cheek apoi Rossi, pornind de la lucrările Iui Erickson, se presupune că inconştientul răspunde direct la întrebările terapeutului prin răspunsuri de tip „da", „nu", care pot fi exprimate convenţional prin mişcări ale degetelor, ale capului sau chiar prin mişcările unui pendul ţinut între degete.

Funcţia principală a inconştientului este aceea de a proteja persoana. El alege, spune Erickson, cea mai bună soluţie pentru subiect, chiar dacă acest fapt nu este totdeauna evident sau comprehensibil pentru acesta din urmă. Simptomul însuşi a fost o astfel de soluţie care trebuie însă depăşită, întrucât schimbările externe şi interne creează nevoia stabilirii echilibrului la un alt nivel.

Inconştientul poate rămâne inconştient - afirmă Erickson. Nu totdeauna este necesar şi util ca travaliul inconştientului să fie conştientizat, nu există obligativitatea *insight-ului*. Lipsa acestei prize de conştiinţa, element central în terapiile analitice, este aspectul ce diferenţiază cel mai mult concepţia lui Erickson de cea a lui Freud. Erickson citează cazul multor pacienţi care şi-au rezolvat problemele lor fără a conştientiza conţinutul conflictelor intrapsihice inconştiente. Această abordare are, între altele, drept consecinţă

făptui că subiecții nu mai sunt provocați să construiască atitudini rezistente sau ostile, din moment ce terapia nu necesită ca inconștientul să devină conștient.

Teoria ericksoniană a inconștientului suferă continuu o serie de reformulări care își au originea fie într-o nouă lectură a lucrărilor și cazurilor clinice lăsate de M. Erickson, fie în influenta exercitată de alte școli terapeutice. Astfel, ericksonicnii jungieni vorbesc despre inconștientul personal și inconștientul colectiv, Gilligan afirmă existenta unui Eu *(Moi)* profund, dincolo de spiritul inconștient.

„Convertirea" pacientului la doctrina inconștientului. Dacă pacientul **nu** crede în inconștient, atunci utilizarea hipnozei ca terapie nu are nici o relevantă pentru acesta. De aceea, un moment important al pregătirii pacientului pentru hipnoterapie îl constituie „convertirea" acestuia la doctrina inconștientului și la ideea că inconștientul este un rezervor de resurse care poate fi accesat cu ajutorul hipnozei.

Mai întâi, amintesc pacientului experiențe cotidiene trăite de majoritatea oamenilor și care evidențiază existenta inconștientului. Astfel, se întâmplă deseori ca, încercând să rezolvăm o problemă, să avem sentimentul că oricât am căuta soluția nu o putem găsi, deși ne simțim în apropierea ei. Renunțăm să mai căutăm soluția și, după o noapte, câteva ore sau câteva zile, soluția ne vine cu claritate în minte, încât ne și miram că nu am descoperit-o de la început. De fapt, ce s-a întâmplat? Deși noi am încetat *căutarea conștientă* a soluției, *căutarea inconștientă* a continuat și s-a finalizat cu descoperirea acesteia.

O altă experiență utilă pentru evidențierea inconștientului este următoarea: am trăit noi înșine asemenea întâmplări sau am văzut alte persoane în situația de a încerca să-și mențină echilibrul pe un teren extrem de lunecos. în astfel de situații, oamenii fac acrobații extraordinare și reușesc, în cele din urmă, să-și mențină echilibrul. Dacă aceste persoane ar fi puse să repete acele „acrobații" stând pe o suprafață obișnuită, nu ar mai **reușI, deoarece** *ceea ce facem bine inconștient și involuntar facem prost voluntar.*

Tehnica pendulului lui Chevreul, prezentată în unul din capitolele anterioare, poate și ea să fie utilizată în acest context.

De asemenea, amintesc pacienților mei o scenă din basmul lui „Harap Alb". Este vorba de momentul în care fiul mezin al împăratului merge în grajd cu o tavă cu jăratec pentru a-și alege calul. Vă amintiți - spun pacienților - ce cal a venit să se hrănească cu jăratec! Era calul cel mai slab, „gloaba" cea mai neputincioasă din grajd! Pentru mine, continuu eu, acest fapt are următoarea semnificație: nu contează cum arătăm, ce spun alții despre noi, de unde venim, în fiecare din noi poate exista „calul năzdrăvan", în fiecare din noi pot exista resurse deosebite. Dar nu uitați, feciorul împăratului s-a dus în grajd cu o tavă cu jăratec, nu cu una cu ovăz! Prin urmare, resursele deosebite din noi nu pot fi mobilizate prin mijloace obișnuite (ovăz), ci prin mijloace mai puțin obișnuite, de pildă, prin hipnoză.

Au fost pacienți care mi-au spus, spontan, că acest moment al „convertirii" la doctrina inconștientului a fost cel mai important moment al terapiei!

10. Utilizarea abordărilor paradoxale

Comunicarea paradoxală și teoria dublei constrângeri fundamentate de teoreticienii școlii de la Palo Alto își au, între altele, ca sursă de inspirație și analiza demersului terapeutic utilizat de M. Erickson.

De altfel, în 1959, Erickson, Haley și Weakland publică un articol comun în care secvențe ale unei ședințe de hipnoză efectuate de M. Erickson ilustrează foarte bine cadrul teoretic al dublei constrângeri: Erickson dă subiectului său o sugestie post--hipnotică ce constă în a afirma și a crede că nici o transă nu a avut loc; astfel, dacă subiectul spune, după ședință, că nu a fost hipnotizat, el a fost în realitate, deoarece se conformează unei sugestii posthipnotice și, dacă afirmă și crede că a fost hipnotizat, el nu mai poate să se considere ca fiind un subiect imposibil de hipnotizat (JJ. Wittezaele & T. Garcia, 1992, p. 172).

M. Erickson a fost un maestru neîntrecut al intervențiilor paradoxale. El a avut - conform propriilor relatări - încă din copilărie intuiția utilității comportamentelor paradoxale în deblocarea unor situații. Astfel, într-una din zilele copilăriei sale, când se afla Ia ferma familiei, tatăl său se forța să introducă un vițel în grajd. Acesta se proptise pe picioarele din față și rezista, fără să se clintească, forței care-l trăgea înainte. Tânărul Milton a avut inspirația de a se plasa în spatele vițelului și de a-l trage de coadă. Ceea ce a urmat a fost faptul că, sub acțiunea celor două forțe opuse, vițelul a intrat brusc în grajd, antrenând copilul după el ! *(cf.* Godin, 1992, p. 183).

Dacă analizăm tehnicile terapeutice utilizate de M. Erickson, inclusiv tehnicile de inducție hipnotică, putem observa că majoritatea pun pacienții într-o situație paradoxală, deoarece solicită din partea acestora o schimbare spontană a comportamentului lor. Nu putem reacționa spontan dacă executăm un ordin și, tocmai de aceea, însăși inducția hipnotică vehiculează un parado.x: hipnoterapeutul transmite simultan două mesaje la niveluri logice diferite; pe de o parte, el ordonă: *„Execută ceea ce-ți spun ! ",* iar în interiorul acestui cadru *„Nu face ceea ce-ți spun, acționează spontan!*". Subiectul se adaptează acestui ansamblu de instrucțiuni contradictorii printr-o schimbare, dezvoltând un comportament numit, în mod obișnuit, transă hipnotică.

Etapele acestui demers paradoxal pot fi descompuse în două tipuri de prescripții:

a) mai întâi, hipnoterapeutul cere subiectului să facă o acțiune voluntară precum : fixarea atenției asupra unei mâini, evocarea unei imagini etc.;
b) apoi, hipnoterapeutul cere pacientului să răspundă printr-un comportament involuntar sau spontan: levitația brațului, relaxare musculară, halucinații etc.

Spre deosebire de inducția tradițională, de tip directiv, uneori imperativ, M. Erickson utilizează, pentru obținerea transei, formulări paradoxale care pun terapeutul într-o poziție de inferioritate, dând astfel o mai mare libertate pacientului și creând un cadru mai adecvat pentru manifestarea unor comportamente „spontane" ale acestuia.

Sugestia negativă paradoxală este unul din aceste mijloace. Aceasta permite evocarea unor fapte sau idei prin negarea lor.

Exemplu:

„Nu știu (Iacă ai observat că... respirația ta a devenit deja respirația unui om profund relaxat ! ";

„Îți orientezi atenția asuprit unei mâini.... eu nu știu asupra căreia din ele!... ".

într-o inducție de tip ericksonian nu putem decât să ne mirăm de câtă „ignoranță" dă dovadă terapeutul !

Negațiile pot introduce „duble legături" care, o dată acceptate și punând terapeutul într-o poziție de inferioritate, creează obligativitatea schimbării menținând în același timp iluzia libertății deciziei.

Exemplu:

„Nu știu dacă vei intra în transă cu ochii deschiși sau închiși...";

„... Nu știu dacă vei intra în transă acum sau mai târziu...";

„Nu știu dacă vei intra într-o transă lejeră sau profundă...".

Procedând astfel, terapeutul pare să ofere diverse al Iernați ve comportamentale; totugi, indiferent de opțiune, rezultatul dorit (transa) este obținut în ritmul subiectului care acceptă această relație.

Dubla legătură (dubla constrângere) este o tehnică frecvent utilizată de M. Erickson pentru a evita rezistențele ce pot fi activate de un comportament directiv: „când *cereți* pacienților să facă ceva, le dați, în același timp, și posibilitatea să refuze" (Erickson, 1990, p. 81).

Dubla legătură, o dată acceptată, prinde subiectul între două alternative care, provocând la subiect un proces de decizie, mențin sentimentul libertății; alegerea este totuși iluzorie pentru că, indiferent de alternativa aleasă, subiectul se schimbă in direcția propusă de terapeut.

Exemplu:

„Puteți aborda pacienții în același fel cum procedați cu copiii" - spune M. Erickson, „Cum cereți copiilor să meargă la Culcare ? Le spuneți categoric : *«Este ora 8, este timpul să te culci!»*. Dacă procedați așa, probabil veți fi refuzat! De ce să nu procedați astfel: *«Preferați să vă culcați la ora 8 fără un sfert sau la ora 8?»* Orice copil normal va răspunde imediat: *<-La ora 8, nu la ara 8fără un sfert !»"* (1990, pp. 81-82).

Utilizând acest principiu, M. Erickson (1990, p. 82) se adresa pacienților săi astfel:

Exemplu:

„Doriți să intrați într-o transă ușoară, medie sau profundă ?...", „Doriți să eliminați acest obicei neplăcut in această săptămână sau săptămâna viitoare ? Dar acest termen nu mi se pare cu adevărat rezonabil. Nu ați prefera să vă fixați un termen mai rezonabil pentru a elimina acest comportament, trei săptămâni, de exemplu ? ".

în alte situații, dubla constrângere transformă rezistența naturală a pacienților în forță a schimbării terapeutice: „De fiecare dată când aveți un pacient rezistent, cred că este de dorit să țineți seama de tipul de rezistență întâlnit și să vă gândiți la toate diferitele modalități pe care ați putea să le utilizați pentru a vorbi pacientului de această rezistență. Care sunt diferitele interpretări pe care le-ați putea plasa subtil, înlr-o manieră foarte

simplă, astfel încât rezistența să poată deveni un clement al inducției hipnotice?" (Erickson, 1990, p. 170).

Exemplu;

Terapeutul: *„... și mai degrabă sau mai târziu, veți avea surpriza sa observați pleoapele inchizându-se"* (prima legătură). Pacienta rezistă vizibil.

Terapeutul: „Puteți avea tendința de a rezista..." (prescripție a comportamentului earc pregătește a doua legătură). Surâs larg pe țața pacientei.

Terapeutul: „... și cu cât rezistași, cu atât pleoapele...(pauza) devin mai grele" (a doua legătură).

în următorul exemplu, dubla legătură prinde pacientul între două alternative comportamentale - una conștientă, alta inconștientă - prin activarea unui proces disociativ.

Exemplu:

„Poate veți dori să păstrați ochii deschiși și mi-ar place să faceți acest lucru cât de mult puteți. în mod firesc, noi toți închidem ochii mai degrabă sau mai târziu. Am făcut acest lucru de-a lungul întregii noastre vieți și nu are importanță cât am încercat să evităm închiderea ochilor, tot o vom face mai degrabă sau mai târziu. însă puteți proceda cum credeți că e mai bine pentru a menține ochii larg deschiși, aceasta poate fi dorința dvs., dar și ochii dvs. au și ei dorința lor, și ochii se vor închide" (Erickson, 1990, p. 170).

Una din inovațiile pe care M. Erickson le-a introdus în raport cu hipnoza clasică este utilizarea clinică a sugestiilor posthipnotice. Aceasta îi servea esențialmente pentru *prescrierea simptomului,* dar cu o ușoară modificare. Prin această ușoară modificare, este introdusă o schimbare în secvența comportamentală, care constituie simptomul. Hipnoterapeutul se servește de transa hipnotică pentru a provoca, printr-o sugestie poslhipnotică, o schimbare care va fi apoi amplificată în viața cotidiană a subiectului până ce simptomul dispare. Pentru ilustrare, prezentăm răspunsul lui M. Erickson adresat unui pacient care își rodea unghiile și care, în plus, nu credea câ ar putea fi hipnotizat.

Exemplu:

„... în ceea ce privește faptul de a vă hipnotiza, de ce cantitate de hipnoză aveți cu adevărat nevoie pentru a mă asculta ? Gândesc că nu aveți nevoie de prea multă hipnoză, dar gândesc și că vă plac micile capete de unghie. Și le roadeți de când aveți patru ani, iar acum aveți douăzeci și sase de ani, și-mi pare rău de dvs. că niciodată nu ați obținut altceva decât o mică bucățică minusculă de unghie; nu ați avut niciodată o bucată de unghie de mărime decentă pe care să o rontăiți. Douăzeci și doi de ani de frustrare! Acum iată ce vă sugerez. Aveți zece degete. Puteți desigur să cruțați unul pentru a permite unghiei să crească și, după ce unghia va avea o mărime decentă, rupeți-o și veți avea ceva valabil de mestecat".

CAPITOLUL VIII

Practica hipnoterapiei clinice (erîcksoniene)

Abordarea hipnoterapiei ericksoniene impune din start câteva precizări pe care le considerăm necesare în vederea evitării unor confuzii nedorite, prima dintre ele referindu-se chiar la termenul de hipnoterapie. Există numeroşi autori (de exemplu Yapko, 1990) care recunosc cu onestitate că hipnoza nu este psihoterapie, ci doar o modalitate de a face terapie. Toate acele ritualuri sau scenarii de intervenţie hipnoterapeutică, pe care le prezentăm aici, se pot dovedi utile doar în măsura în care sunt integrate în cadrul unor intervenţii psihoterapeutice orientate strategic, recursul la acestea fiind motivat de nevoile clientului, identificate cu acurateţe. Hipnoza, asemenea oricărei forme de psihoterapie, se poate constitui într-o modalitate eficientă de a rezolva problemele clientului, doar în măsura în care se practică pe fondul unei relaţii terapeutice solide, la a cărei realizare îşi aduc contribuţia cu precădere acele elemente care au fost descrise de către Rogers şi colaboratorii lui: empatia, acceptarea necondiţionată şi congruenţa terapeutică. Fără contribuţia acestor ingrediente ale relaţiei psihoterapeutice ar fi foarte dificil de documentat o intervenţie psihologică încununată de succes. Este poate suficient în acest sens să amintim că în lipsa unei comunicări empatice, terapeutul ar fi incapabil chiar de a-şi forma o imagine adecvată asupra problemei cu care se confruntă clientul său.

Pentru mulţi specialişti, hipnoza ericksoniană este sinonimă cu utilizarea sugestiilor indirecte. Din punct de vedere teoretic, acestea pot fi definite ca acele sugestii, care pot evita cenzura impusă de instanţele conştiente, ajungând astfel Ia nivelurile inconştiente, unde pot activa potenţialităţi aflate în stare de latenţă (Fourie, 1997). Pe de altă parte, ele sunt definite operaţional ca o tehnică prin care se permite realizarea acestor obiective. Meritele lui Erickson sunt indiscutabile în elaborarea şi în impunerea pe scară largă a acestui tip de sugestii. în acelaşi timp însă, cantonarea intervenţiilor terapeutice care se reclamă a fi inspirate de spiritul inovativ al lui Erickson, exclusiv în cadrul sugestiilor indirecte, este excesiv de limitativă. Referindu-se Ia presupusa asociere a hipnozei tradiţionale cu sugestiile directe şi a intervenţiilor ericksoniene cu sugestiile indirecte, Bady {2000) argumentează intr-un studiu publicat recent că însuşi Erickson recurge în foarte multe dintre intervenţiile sale la intervenţii a căror directivitate este dincolo de orice dubiu. Autoarea citează totodată date de ultimă oră care infirmă ipoteza referitoare la superioritatea sugestiilor indirecte faţă de cele directe, susţinând în schimb eficienţa lor sensibil egală.

Bady este de părere că, deşi iniţial ar crea confuzie, combinaţia celor două modalităţi de abordare ar putea facilita obţinerea unor rezultate superioare în tratamentul mai multor clienţi. Mai mult chiar, această abordare ne-ar putea readuce la respectul

manifestat de Erickson faţă de investigaţia ştiinţifică, la accentul pus de el pe unicitatea individului şi la disponibilitatea lui de a recurge la metode cât mai variate. Apreciem că aceste consideraţii formulate de Bady (2001) pot justifica o deschidere a terapeutului de orientare ericksoniană faţă de o multitudine de metode, indiferent daca acestea au fost concepute într-un cadru ericksonian sau nu. Suntem de părere că, în primul rând, cadrul strategic este cel care defineşte caracterul ericksonian al intervenţiei, şi nu sorgintea unora dintre metodele sau tehnicile la care se face recurs la un moment dat al intervenţiei terapeutice. Erickson s-a declarat în repetate rânduri un adversar al constrângerilor procustiene, atâl teoretice, cât şi metodologice, şi credem astfel că respectăm în cea mai mare măsură spiritul lui, recurgând de fiecare dată la acele tehnici şi metode, care promit maximum de beneficii terapeutice într-un context terapeutic dai. Eforturile de integrare a hipnozei tradiţionale cu cea ericksoniană se materializează şi în „noua hipnoză" propusă de De Broux (1997), care îşi defineşlc metoda ca reprezentând experienţa prin care te laşi purtat de fluxul producţiei cinematografice mentale, în cadrul unui demers ce vizează obiectivul desfăşurării unei acţiuni sau a descoperirii unui lucru, în condiţiile întoarcerii atenţiei dinspre realitatea exterioară înspre cea lăuntrică. Această experienţă alternativă a sinelui diferă de hipnoza tradiţională şi prin faptul că solicită din partea terapeutului - ca o premisă necesară a interacţiunii cu clientul şi a tratamentului eficient - o explorare de sine cuprinzătoare.

Caracteristica definitorie a intervenţiilor pe care le etichetăm ca fiind ericksoniene trebuie căutată în aplicarea consecventă a principiilor prezentate în prima parte a prezentei lucrări şi nu în utilizarea unor tehnici şi metode anume, fie ele împrumutate chiar din arsenalul personal al lui Erickson. Nimic nu poate fi mai elocvent în acest sens, decât gama extrem de variată de metode care au fost elaborate chiar de către discipolii lui Erickson (Haley, Watziawick, Gilligan, De Shazer, soţii Lankton, Rossi, Yapko, Bandler şi Grinder, Havens), atât de diferite unele de altele din punct de vedere tehnic, dar valorificând toate practic aceleaşi principii ericksoniene.

Un alt aspect, care în opinia noastră necesită clarificare, este acela al relaţiei dintre tehnicile şi metodele de inspiraţie ericksoniană, respectiv intervenţiile elaborate de reprezentanţi ai altor orientări terapeutice. O analiză atentă a tratamentelor descrise de către diferiţi terapeuţi ericksonieni ne arată că aceştia folosesc cadre conceptuale şi chiar tehnici concrete, care sunt în mod evident tributare unora dintre şcolile clasice ale psihoterapiei. Multe dintre intervenţiile practicate chiar de către Erickson par a fi puternic influenţate de abordarea behaviorisfă, în timp ce alţii aplică principii ale psihanalizei (de exemplu Bandler şi Grinder) sau ale terapiilor cognitiv-comportamentale (de exemplu Yapko). Haley (1981) îşi exprimă chiar opinia că, la nivelul cel mai general, toate formele de psihoterapie aplică acelaşi model al schimbării: clientul este convins mai întâi că în ea/el pot avea loc modificări pozitive, sub influenţa intervenţiei terapeutului, chiar dacă în mod explicit nu i se pretinde să creadă că schimbarea ar fi posibilă. într-o a doua etapă, se aşteaptă din partea ei/lui să acorde asistenţă terapeutului, în eforturile pe care acesta le depune pentru a genera modificările scontate. In sfârşit, clientul trebuie să recunoască faptul că acţionează de o manieră diferită faţă de cea în care se manifestase mai înainie. Această demonstraţie îi permite lui Haley să formuleze concluzia că, la baza lor, diferitele forme ale psihoterapiei sunt de fapt doar simple variaţii ale aceluiaşi model general. O analiză cu rezultate similare este efeciuală şi de către studiile întreprinse de Frank asupra factorilor curativi comuni tuturor psihoterapiilor (Frank, 1985). Este

interesant să menționăm în acesi sens și atitudinea întru câtva zeflemitoare abordată de Erickson față de diferitele teorii psihologice și psihoterapeutice, atitudine care i-a prilejuit de altfel lui Stern (1985) intitularea sugestivă a studiului său dedicat poziției teoretice a lui Erickson: *Nu există teorie mai bună decât lipsa teoriei (There's No Theory Like No-Theory).* Autorul citat insistă asupra refuzului lui Erickson de a adopta un unic model teoretic și de a reduce astfel la modul absurd complexitatea experiențelor umane la această schemă simplistă, susținând în schimb că, dacă Erickson avea teorii asupra persoanei umane, acestea în nici un caz nu erau teorii în sensul unui model unic asupra personalității, comportamentului sau terapiei, ci mai degrabă formularea unor ipoteze referitoare la o persoană anume, care urmau a fi luate în considerare, testate empiric și modificate periodic, pentru a putea corespunde realităților fiecărei situații particulare. Privite printr-o astfel de perspectivă, teoriile ce stau la baza diferitelor orientări ale psihoterapiei, precum și metodele derivate din ele pot servi terapeutului de orientare ericksoniană exact în măsura în care ele permit înțelegerea unui anume client, confruntat cu o situație particulară, fără a genera însă o limitare a acestei înțelegeri sau fără a forța asupra acestui demers aspecte ce se regăsesc în modelul teoretic, dar sunt străine de realitățile persoanei. Nu întâmplător, Gilligan (1997) apreciază ca fiind demn de reținut dintre principiile ericksoniene tocmai accentul pus pe unicitatea fiecărei persoane, acceptarea a tot ceea ce clientul aduce cu sine în terapie și cooperarea cu acest material, respectiv restabilirea echilibrului și bucuria vieții. Camino *et al.* (1999) se situează practic pe aceeași linie de gândire, identificând următoarele premise fundamentale ale psihoterapiei ericksoniene: (1) orientarea naturalistă, care conceptualizează terapia și transa ca fiind procese naturale ; (2) o orientare indirectă, directivă, incluzând sugestii hipnotice; (3) conceptualizarea clienților ca fiind capabili să răspundă la intervenția hipnotică, în condițiile în care răspunsul dat la același stimul de către fiecare dintre ei, va fi în mod firesc diferit; (4) utilizarea a tot ceea ce clientul aduce cu sine în terapie; (5) orientarea înspre prezentul și viitorul clientului; (6) accentuarea aspectelor pozitive; (7) o abordare care include și aspectele legate de ciclul familial.

Discutând integrarea hipnozei în intervențiile cognitiv-comportamentale, Dowd (1997) subliniază faptul - trecut adesea cu vederea de către reprezentanții acestei orientări - că mare parte din activitatea cognitivă este de natură tacită sau implicită, și astfel metodele verbale, care sunt destinate cu precădere abordării cogniților explicite, se dovedesc ineficiente în abordarea lor. în schimb, tehnicile care recurg Ia modalități ne verbale de influențare, cum ar fi imageria mentală, procesarea emoțională ori condiționarea hipnotică, pot izbuti cu succes și în cazul cunoștințelor tacite, respectiv a învățării implicite. Un alt beneficiu, rezultat din recursul la mijloacele hipnoterapiei - și mai ales la cele de inspirație ericksoniană - ar fi după Dowd acela că aceste tehnici sunt mai adecvate decât cele cognitive și comportamentale tradiționale pentru a adresa rezistențele clientului față de intervenție. In sfârșit, autorul apreciază că hipnoza, abordând în mod direct schemele cognitive fundamentale ale identității și conceptului de sine, respectiv regulile tacite aplicate de persoană în interacțiunile sale cu lumea, ar reprezenta un instrument psihoterapeutic mai eficient decât acele abordări care vizează comportamente și atitudini mai periferice. Totuși, Dowd accentuează și faptul că exact așa cum aceste două forme ale cunoștințelor reprezintă, nu polarități opuse, ci practic procese complementare, și tehnicile hipnoterapeutice, asemeni celor neverbale, își găsesc locul integrate în terapiile cognitiv--developmentale. Semnificativă pentru apropierea pozițiilor teoretice și metodologice

este şi cea adoptată de către Bloom (1997), care dezbate cum un terapeut de orientare tradiţională poate integra elemente ericksoniene în intervenţiile pe care le practică, fără a deveni el însuşi un hipnoterapeut ericksonian. Mai mult chiar, Zeig (1999) susţine că metodele ericksoniene pot fi încorporate cu succes în orice disciplină terapeutică, ele având darul de a spori - în cazul efectuării acestei operaţii - eficienţa intervenţiei în cauză, iar Kirsch (1996) apreciază, la rândul lui, că hipnoza este în măsură să sporească atât eficienţa psihoterapiei cognitiv-comportamentale, cât şi a celei de orientare psihodinamică, acest efect fiind deosebit de pregnant, de exemplu, în tratamentul de lungă durată al obezităţii. Autorul sugerează de asemenea, pe baza numeroaselor studii care au demonstrat avantajul intervenţiilor care făceau recurs Ia hipnoză, că impactul este dependent de utilizarea cuvântului „hipnoză", pe care îl consideră un veritabil agent placebo validat empiric şi neamăgitor *(nondeceptive),* al cărui efect este mediat de expectaţiile legate de răspuns.

Interesant în acest sens este şi studiul comparativ efectuat de Yapko (1992), care demonstrează pe exemple concrete luate din practica terapiilor cognitiv-comportamentale, cum discuţia orientată după principiile acestei abordări valorifică mecanisme care sunt hipnotice în esenţă. Vom exemplifica analiza lui Yapko printr-un fragment preluat dintr-o intervenţie terapeutică practicată de către Beck, în coloana din dreapta fiind trecute corespondenţele hipnoterapeutice identificate de Yapko.

Terapeut: *„Deci eşti de acord că ar fi o idee bună să mergi la ore de sport".*	Realizarea relaţionării prin intermediul unui „Set Afirmativ" (O. Hanlon, 1987)
Clienta: *„Da, întotdeauna mă simt bine după".*	Acceptarea „Setului Afirmativ" ; accesare şi amplificare a unor sentimente aferente.
Terapeut: *„Bine, atunci aş vrea să-ţi imaginezi pas cu pas momentele traseului până acolo".*	Sugestie directă în sensul asocierii sentimentelor de bine cu secvenţa comportamentală legată de frecventarea orelor de sport.
Clienta: *„Păi, va trebui să mă duc ca-ntotdeauna".*	Accesare prin regresie de vârstă înspre secvenţa nereuşită.
Terapeut: *„Eu cred că trebuie să fim mai clari. Ştim că şi înainte te-ai mai hotărât să mergi la ore, dar de fiecare dată ai întâmpinat greutăţi. Hai să re-gândim fiecare moment în parte şi să vedem ce ar putea să ne împiedice să ajungem la oră. Aş vrea să revezi toţi paşii necesari pentru a ajunge acolo. Imaginează-ţi fiecare moment în parte şi povesteşte-mi ce vezi "* •	Transfer de la regresie la progresie de vârstă; înainte de a interveni, orientarea din interior a pacientei spre o reprezentare completă şi detaliată a asocierilor curente şi totodată spre secvenţele următoare. Sugestie directă de a verbaliza conţinutul secvenţelor şi asocierilor.
Clienta: *„Bine. înţeleg ce vrei să spui".*	Acceptă sugestia în sensul progresiei de vârstă şi verbalizării.
Terapeut: *„Ora începe la nouă dimineaţa. La ce oră ar trebui să începem ziua ?".*	Ancorarea pivotului stabil care va trebui să constituie baza noii secvenţe comportamentale. Terapeutul se asociază pe sine (prin „noi")

	cu noua secvență, ca suport extern pentru a facilita integrarea.
Clienta: *„Pe la șapte jumătate. Mă va trezi ceasul deșteptător și cred că mă voi simți groaznic. Urăsc să mă scol de dimineața".*	Progresie de vârstă pentru a identifica pivotul auditiv (prin asociere) care declanșează noua secvență comportamentală; identifică o asociere emoțională negativă legată atât de ceasuJ deșteptător, cât și de ora matinală.
Terapeut: „*Cum poți să rezolvi această problemă ?".*	Presupune că acele asocieri pot fi întrerupte și sugerează indirect (prin restricție) să se acționeze în acest sens prin mijloace nespecificate (sugestia procesului).
Clienta: „*Păi, mă voi trezi de aceea mai devreme. Mă voi îmbrăca și voi lua micul dejun. Apoi îmi voi lua echipamentul. ...* (pauză)... *Dar stai puțin, nu am pantaloni scurți. Acesta este un obstacol".*	Identifică o sursă: „timp suficient" ca o modalitate de a modifica asocierea interioară negativă; astfel asociază sentimente noi, pozitive, cu ceasul deșteptător și ora matinală. Acum este în stare să mute accentul de pe latura emoțională pe cea comportamentală. Trece la următoarea secvență și identifică detaliul concret care trebuie soluționat.
Terapeut: „ *Ce poți face pentru a soluționa problema ?*".	Presupune că problema poate fi rezolvată; sugerarea indirectă (nespecificată) a procesului, referitoare la o strategie prin care clienta să facă acest lucru independent de terapeut.
Clienta: „ *Păi, pot să mă duc să-mi cumpăr o pereche".*	Acceptă sugestia și înlătură un obstacol.
Terapeut: „ *Poți să-mi spui ce vezi ?Ce faci în continuare ?".*	Confirmă soluția, o ancorează vizual, facilitând într-o oarecare măsură disocierea de emoții. Sugerează trecerea la următoarea secvență.
Clienta: „ *Văd că sunt gata de plecare, dar mașina nu este".*	Acceptă sugestia referitoare la reprezentarea vizuală, identifică următoarea problemă concretă.
Terapeut: *„Ce poți face ? ".*	Presupune că problema poate fi soluționată; sugerare indirectă a procesului, vizând o strategie cu ajutorul căreia clienta poate face acest lucru independent de terapeut.
Clienta: *„// rog pe soțul meu să aducă mașina din garaj mai devreme".*	Identifică soluția în mod independent.
Terapeut: „ *Ce vezi în continuare ? ".*	Sugestie pentru vizualizarea următoarei secvențe comportamentale la care se ajunge prin progresie.

Clienta: „*Conduc maşina dar mă hotărăsc să mă întorc din drum ".*	Se poate observa transferul de la viitor la prezent, respectiv caracterul imediat al asocierilor kinestezice neplăcute care blochează comportamentul.
Terapeut: *„De ce ?* ".	Sugestie directă pentru identificarea emoţiilor.
Clienta: „ *Pentru că mă gândesc că voi arăta ridicol".*	Este identificat sentimentul actual al neadecvării şi este asociat de imagini viitoare, care vor deveni parte integrantă a noii secvenţe comportamentale.
Terapeut: *„Şi care este răspunsul ? ".*	Presupune că emoţiile pot fi redirecţionate şi disociate prin terapie de noua secvenţă comportamentală. Sugestie indirectă pentru a face acest lucru.
Clienta: „ *Păi, pe ceilalţi îi interesează doar exerciţiile şi nu cum arată cei din jur".*	S-a realizat disocierea. Este stopată perpetuarea sentimentelor de neadecvarc în structura noii secvenţe comportamentale, în timp ce se realizează transferul de la sentimentele de sfiala interiorizate, la îndreptarea atenţiei asupra exerciţiilor fizice.

(După Yapko, 1992, pp. 62-65)

Zindel (1996) argumentează cum cunoaşterea fenomenelor hipnozei (a transei hipnotice), respectiv a modului în care funcţionează sugestiile pot fi aplicate cu succes atât în psihoterapia orientată psihanalitic a clienţilor nevrotici, cât şi în cea a pacienţilor afectaţi de psihoză. Autorul aprecia7.â în egală măsură că, la rândul lor, conceptele fundamentale ale psihanalizei - cum sunt transferul, contratransferul, regresia, introiecţia sau „abstinenţa" terapeutică - îşi pot aduce contribuţia nu doar Ia o mai bună înţelegere a proceselor ce stau la baza hipnozei, dar şi la evitarea unor erori tehnice. Comparând abordarea adoptată de hipnoterapia ericksoniană cu tehnica de sorginte psihanalitică promovată de Langs, Warren (1997) constată, în schimb, că diferenţa ar consta în faptul că în timp ce în cadrul acestei din urmă intervenţii analistul ascultă povestirile relatate de către pacienţi pentru a le decoda şi a interpreta percepţia lor ascunsă, terapeutul ericksonian ascultă simptomcle şi spune la rândul lui povestiri care adaugă noi elemente, cu scopul de a modifica procesele inconştiente.

Un ultim aspect legat de sintagma hipnoterapie ericksoniană se impune a fi precizat. Conform unui mit răspândit pe scară largă, hipnoza constă într-o intervenţie puternic ritualizată, bazată pe un scenariu rigid, asemănător unora dintre textele pe care le prezentăm chiar în acest volum. Pe de altă parte însă, hipnoterapia nici nu poate fi redusă la aplicarea acestor scenarii şi nici nu face în mod necesar recurs la ele. Mai mulţi autori afirmă răspicat că hipnoza nu este o terapie în sine, ci doar o modalitate de a face terapie (Yapko, 1990) sau un instrument de suport (Godoy şi Araoz, 1999), altfel spus o componentă importantă a unei intervenţii psihoterapeutice structurale. Spiegel *et al.* (2000) subliniază, la rândul lor, că transa hipnotică nu poate fi considerată terapeutică în sine, dar că îi permite clinicianului să utilizeze resursele psihologice ale clientului la modul

sistematic, punându-le pe acestea în slujba schimbării şi facilitând impactul intervenţiilor psihoterapeutice. Tehnicile hipnotice îşi pot găsi locul în cadrul unui tratament psihoterapeutic ori de câte ori nevoile clientului justifică recursul la ele, dar ele nu pot acoperi totalitatea ingredientelor terapeutice necesare pentru rezolvarea problemelor psihologice cu care se confruntă persoana. Apreciem că multe dintre eşecurile atribuite hipnozei îşi au originea tocmai în nesocotirea acestui fapt. Avertismentul formulat de Beck *el al.,* după care „cel care doreşte să devină un bun terapeut cognitiv, trebuie să devină înainte de toate un bun psihoterapeut" (2000, p. 29) este fără doar şi poate în egală măsură valabil şi pentru hipnoterapeut, pentru că exact aşa cum terapia cognitivă (sau cognitiv--comportamentală) nu poate fi practicată în afara unei relaţii terapeutice adecvate, nici hipnoterapia nu poate produce efectele scontate dacă face abstracţie de condiţiile generale ale practicii psihoterapie!. Indiferent că gândim în termenii unor intervenţii singulare sau in cei ai unor tratamente structurate pe mai multe şedinţe, rămâne Ia fel de valabil principiul nevoii integrării acestor scenarii de intervenţie în contextul mai larg al psihoterapiei. In ceea ce priveşte reversul medaliei, nu este mai puţin adevărat nici faptul că numeroase intervenţii pot fi considerate hipnotice, în ciuda faptului că ele nu recurg la tehnici formale de inducere a transei. Elocvente în acest sens sunt poziţiile exprimate de doi reputaţi autori Haley (1986) şi Watzlawick (1984 şi 1993). Primul dintre ei consideră că practic toate formele de psihoterapie îşi au originea în hipnoză, în sensul că fiecare dintre acestea solicită clientului să răspundă la o serie de comenzi care pretind un răspuns voluntar din partea lui şi cărora, pe neobservate, li se adaugă una care vizează un răspuns involuntar, făcând parte, de regulă, din repertoriul de răspunsuri definite de către client ca „scăpându-i de sub control". Psihanalistul, de exemplu, îi pretinde clientului („persoanei analizate") să se prezinte ia şedinţele de analiză, să-şi plătească consultaţiile, să se întindă pe canapea, toate acestea reprezentând instrucţiuni cărora persoana le poate răspunde în mod deliberat. In continuare, i se pretind o serie de lucruri - ca şi cum acestea ar decurge în mod firesc din cele făcute până acum, care însă fac parte din sfera comportamentelor „involuntare" : să aibă vise „spontane" care vor putea fi analizate împreună cu analistul, să facă asociaţii libere etc. în principiu, asocierea ritualului terapeutic - oricare ar fi forma concretă îmbrăcată de către acesta - de schimbările terapeutice conţine sugestia implicită (elementul hipnotic în esenţă) că ar exista o relaţie cauzală între cele două, deci că modificările ar fi o consecinţă nemijlocită a respectării ritualului efectuat în mod voluntar. Nu este deci întâmplătoare concluzia Iui Haley, că toate formele de psihoterapie - chiar dacă acest lucru nu este recunoscut de către acestea - şi-ar avea originea în hipnoză.

McNeilly (2000) apreciază că Erickson a eliberat hipnoza din domeniul puterii patriarhale şi al ciudăţeniei, în care fusese expulzată de abordarea tradiţională şi a adus-o acolo unde îi este locul în mod firesc, adică pe tărâmul vieţii cotidiene. Urmare a acestei mutări, hipnoza devine mai accesibilă, ea putând fi translatată mai predictibil în viaţa de zi cu zi a clientului, adică tocmai acolo unde se aşteaptă din partea ei să producă acele schimbări care sunt in măsură să faciliteze rezolvarea problemelor cu care persoana se confruntă. Autorul insistă totodată şi asupra reorientării atenţiei terapeutului ericksonian dinspre aspectele psihopatologice prezentate de client înspre resursele posedate de acesta, îndreptarea proceselor terapeutice în direcţia acestora din urmă, asigurând astfel persoanei trăirea unei experienţe individualizate, generatoare de forţă psihică, în condiţiile

respectului manifestat de terapeutul pentru care, de asemenea, colaborarea cu clientul se constituie într-o sursă de satisfacție.

Tamalonis și Mitchell (1997) șr-au propus să compare impactul tehnicilor ericksonienc asupra performanțelor mnezice. 80 de studente care au participat voluntar la experiment au fost repartizate în patru grupuri experimentale: două grupuri au beneficiat de câte o ședință de hipnoză ericksoniană (unul a fost supus unei inducții înregistrate pe casetă audio și un altul de o inducție prezentată de câte unul dintre experimentatori), un al treilea grup a avut parte de o inducție tradițională oferită de pe casetă, iar ai patrulea a funcționat ca grup de control. Rezultatele au evidențiat rezultate superioare înregistrate de ambele grupuri „ericksoniene". Din păcate însă, rezultatele acestui studiu nu pot fi generalizate nici cu cea mai mare bunăvoință, având în vedere, în primul rând, faptul că nu se poate susține că o intervenție prezentată pe casetă audio ar putea ft reprezentativă pentru potențialul hipnozei tradiționale. într-o altă ordine de idei, nici inducțiile ericksonienc, prezentate în grup de către autorii studiului, nu pot fi considerate veritabile „mostre" ale unei categorii cuprinzătoare de tehnici, care prin definiție caută să se modeleze după individualitatea fiecărui subiect în parte. Este adevărat că, practic, fiecare manual de hipnoză ericksoniană prezintă o colecție de scenarii pentru intervenție - asemeni celui de față -, acestea însă nu pot fi concepute altfel decât ca niște modele generale, care urmează să fie ajustate după particularitățile clientului.

Jones *t't al.* (1998) apreciază ca elementele tipice ale abordării ericksoniene se dovedesc a fi deosebit de eficiente în munca cu copiii internați în serviciile de hematologie, respectiv oncologie pediatrică. Aceste tehnici îi permit clinicianului să intervină de o manieră creativă și in formală, putând fi adaptate cu ușurință după nevoile micilor pacienți. Datorită hipnoterapici ericksoniene, percepția asupra bolii poate fi transformată într-o lume în care copilul să poată beneficia de confort, în care să dobândească sentimentul controlului și în care să continue să se dezvolte sănătos.

Godoy și Araoz (1999), care analizează studiile referitoare la utilizarea hipnozei în psihiatrie, publicate în perioada 1989-1997, apreciază că o proporție substanțială a acestor lucrări prezintă deficiențe metodologice, datorate atât lipsei unui design evaluativ adecvat, cât și recursului precar la aparatura statistică. Majoritatea cercetărilor în domeniu sunt studii de caz sau intervenții efectuate pe mai puțin de cinci subiecți, care nu permit formularea unor concluzii cu valoare generală. Concluzii asemănătoare sunt formulate și de către Cardena (2000) în legătură cu absența studiilor sistematice care să ateste eficiența hipnozei în tratamentul tulburării de stres positraumatic (PTSD). Autorul apreciază că, deși persoanele afectate de PTSD prezintă hipnotizabilitate crescută și hipnoza poate fi utilizată pentru a trata simptomele asociate de această tulburare, respectiv pentru a asista procesul de modulare și integrare a amintirilor traumatice, o concluzie fermă referitoare ia eficiența intervenției s-ar putea formula doar pe baza unor studii sistematice. Aceste studii ar putea viza atât grupuri de pacienți supuși acelorași intervenții, cât și cazuri singulare, accentul punându-se pe caracterul sistematic al observațiilor.

După cum se poate vedea, de altfel, din tabelele metaanalitice incluse chiar în acest volum, situația semnalata de către Godoy și Araoz în 1999 nu a avut darul de a produce schimbări radicale în optica sau în metodologia autorilor care publică studii asupra eficienței hipnozei. Predomină în continuare studiile de caz și foarte rar sunt invocate instrumente psihodiagnostice validate în evaluarea dinamică a variabilelor relevante.

Considerăm semnificativă în acest sens și poziția exprimată de Peter și Revenstorf (2000). Autorii citați comentează un studiu semnat de Matthews (2000), care acuză lipsa de suport empiric a asa-numitei terapii ericksoniene, atât sub aspectul eficientei, cât și sub cel al validării constructelor fundamentale. Lucrarea lui Matthews reia de fapt observațiile critice formulate un an mat devreme tot de către el, într-o lucrare scrisă în colaborare cu Conți și Starr (Matthews *et al.,* 1999) - cu unica diferență că, în timp ce în cadrul primei inspecții a literaturii identifică patru constructe fundamentale, în cea de a doua numărul acestora se reduce la trei - și reclamă de fapt inexistența acelor cercetări care le-ar permite terapiilor ericksoniene sâ corespundă standardelor riguroase ale tratamentelor validate empiric. Peter și Revenstorf apreciază, la rândul lor, că trecerea în revistă a literaturii, de către Matthews este incompletă, autorul eșuând în a sesiza una dintre aserțiunile fundamentale formulate de către Erickson, anume aceea că hipnoza este în primul rând comunicare abilă *(„skilfitl communication"),* iar principiile acesteia - în fond ale terapiei ericksoniene - au fost încorporate în foarte multe dintre tehnicile și metodele psihoterapeutice, chiar dacă acestea nu recunosc deschis paternitatea elementelor preluate din sursa amintită. Concluzia lui Peter și Revenstorf - poate exagerată în formularea atotcuprinzătoare a autorilor, dar probabil pertinentă dacă restrângem sensibil zona în care îi conferim validitate - este aceea că ar fi posibil ca *toți* hipnoterapeujii practicieni sâ aplice principiile terapiei ericksoniene, astfel încât documentarea riguroasă a eficienței intervențiilor practicate să poată fi trecută și în contul metodelor promovate de cel care a inspirat principiile respective.

Se poate constata deci o insatisfacție manifestă față de consistența studiilor dedicate eficienței psihoterapiei hipnotice. Am putea adăuga observațiilor critice formulate de autorii de mai sus și pe aceea că, deși multe dintre ele etichetate cu termenul generic de hipnoză, tratamentele efectuate în mod concret de diferiții autori sunt și ele extrem de variate, diferențele putând fi constatate atât pe planul orientării generale a abordării terapeutice, cât și pe cel al tehnicilor concrete utilizate, al complexității strategiei terapeutice sau al duratei tratamentului. Pe de altă parte însă, nu este mai puțin adevărat nici faptul că exact aceleași deficiențe metodologice sunt evidente și în cazul altor forme ale psihoterapiei. Este extrem de dificil să se împace rigorile impuse de metodologia cercetării științifice cu specificul unui domeniu în care, probabil, singura legitate universală este cea referitoare la unicitatea ființei umane și a structurii problemelor cu care oricare dintre reprezentanții speciei umane se poate confrunta la un moment dat. Un alt neajuns metodologic provine cu certitudine din faptul că majoritatea clinicienilor care folosesc hipnoza în cadrul practicii lor psihoterapeutice nu sunt cercetători, ci profesioniști chemați să contribuie la rezolvarea problemelor clienților lor. Conceptul de *„scientist practitioner"* lansat de Asociația Psihologilor Americani - generos de altfel - se dovedește mai degrabă dificil de realizat în practică, printre monștrii născuți din lansarea cu orice preț ca savanți, de exemplu, faimoasele studii ce atestau cu doar aproximativ trei decenii în urmă, eficiența ieșită din comun a terapiilor comportamentale în modificarea orientării sexuale a homosexualilor. Tendința de a plasa psihologul angrenat în practica clinică în lumina „savantului practician" are - cu tot respectul - de a face mai probabil cu crearea de impresii descrisă de către Goffman (1999), decât cu realitățile cotidiene ale practicii psihoterapiei. Goffman citează de altfel, în acest context, opinia lui Cooley, care constată că „același impuls, în urma căruia prezentăm lumii o imagine mai bună sau idealizată asupra noastră, se exprimă la modul organizat în cadrul diferitelor profesiuni și clase, în

fiecare dintre acestea manifestându-se dc fapt o tendinţă de a poza... în zilele noastre. această tendinţă se manifestă în primul rând în ştiinţă, deoarece cu cât ceva este mai recunoscut şi mai admirat, cu atât mai numeroşi vor fi nevrednicii care se vor împăuna cu virtuţile ei" *(op. cit.,* p. 38). Orice intervenţie terapeutică constituie un experiment. pentru că ea este chemată să valideze ipoteza terapeutului referitoare Ia intervenţia unui mecanism psihologic, psihodinamic sau psihosocial in procesul dezvoltării problemei cu care se confruntă clientul şi la eficienţa strategiei terapeutice în rezolvarea problemei în cauză. Designul acestui „experiment" se realizează însă, de regulă, după alte principii decât cel al cercetării experimentale. Adevărul este că deontologia profesională îl obligă pe hipnoterapeut să respecte înainte de toate principiile metodologice ale psihoterapiei, el fiind responsabil în primul rând faţă de clientul lui şi de apărarea intereselor acestuia.

Fouric (1997) remarcă, la rândul lui, că strategiile tradiţionale de cercetare sunt neadecvatc pentru a confirma sau infirma, de exemplu, tezele formulate de Erickson cu referire la sugestiile indirecte, întrucât aceste studii sunt puternic biasate de recursul la paradigme inspirate de sugestiile directe. Rossi (1997) afirmă răspicat că cercetarea din domeniul hipnozei ar fi împovărată de abordarea lineară impusă de metodologia academică. Autorul vede ca o alternativă fructuoasă aplicarea abordării ne lineare, propuse de noua ştiinţă a auloorganizărij (cunoscută sub diverse alte denumiri ca: sinergetică, dinamică nelineară, complexitate adaptivă sau teorie a haosului), avansând speranţa că această paradigmă ar putea elibera cercetarea fenomenului hipnotic - precum şi a psihoterapiei în general - din impasul în care se zbate cercetarea de orientare academică.

Până să se ajungă la o validare mai riguroasă a metodelor şi a rezultatelor hipnoterapiei, trebuie să ne mulţumim cu cea a practicii cotidiene a tratamentelor ce fac recurs la hipnoză, mai puţin convingătoare, e drept, pentru exponenţii psihologiei experimentale, dar dc foarte multe ori pe depiin satisfăcătoare pentru persoanele care apelează la serviciile ei, adică tocmai pentru beneficiari. Pe de altă parte, probabil se impune un plus de grijă pentru susţinerea empirică a cauzei metodei pe care o practică, din partea acelor hipnoterapeuji care sunt eficienţi în intervenţiile terapeutice pe care Ic practică, dar care până în prezent s-au abţinui de la publicarea unor rezultate ale muncii lor.

CAPITOLUL IX

Structura unei intervenții hipnoterapeutice

In mod obișnuit, intervenția hipnotică cuprinde o serie de secvențe succesive, fiecare dintre acestea îndeplinind o funcție precis definită. Cu toate acestea, este important de reținut că în anumite cazuri se poate renunța la oricare dintre aceste componente, exact așa cum se poate întâmpla și să fim forțați de circumstanțele concrete în care lucrăm să ne lipsim de una sau alta dintre secvențe.

Este de asemenea important de înțeles că secvențele în cauză nu acoperă în totalitate durata unei *ședințe* hipnoterapeutice, ci doar aproximativ o jumătate din aceasta. Am mai citat in această secțiune a tratatului nostru opinii ale unor reprezentanți de prestigiu ai hipnoterapiei, care afirmă răspicat că hipnoza nu poate constitui o psihoterapie de sine stătătoare. Este util în acest context să evocăm din nou avertismentul cu pricina, întrucât o bună parte din psihoterapia propriu-zisă se desfășoară tocmai în spațiul neacoperit de intervenția hipnotică. Pe de altă parte, elemente tipice ale hipnozei pot fi mobilizate și în afara acestui cadru oarecum ritualizat al intervenției hipnoterapeutice, în sensul strict al cuvântului. Ne referim în acest context la recursul la sugestiile indirecte pe parcursul unei discuții terapeutice „obișnuite" sau la utilizarea unor metafore terapeutice care nu au fost precedate de inducerea formală a transei hipnotice.

în sfârșit, subliniem faptul că secvențele descrise în cele ce urmează nu pot fi concepute ca tehnici concrete prin care obiectivele acestora sunt duse la bun sfârșit, întrucât realizarea oricăreia dintre aceste secvențe este posibilă prin recursul la o multitudine de metode și tehnici, opțiunea pentru unele sau altele dintre acestea într-un caz concret fiind dictată de strategia terapeutică. (Vom reveni ulterior pe parcursul prezentei lucrări la prezentarea elementelor care contribuie la construirea strategiei pentru o intervenție hipnoterapeutică eficientă.)

Am sumarizat în figura 1 secvențele care alcătuiesc intervenția hipnotică propriu-zisă. Acestea sunt: (1) inducerea transei; (2) aprofundarea hipnozei (transei hipnotice); (3) intervenția terapeutică; și (4) revenirea din transă. Inducerea stării hipnotice este precedată de o pregătire a clientului pentru intervenție, respectiv intervenția este urmată, de regulă, de discutarea experienței trăite de către client.

Figura 1. *Structura unei intervenții hipnoierapeutice*

1. Inducerea transei

Se referă la crearea acelui mediu terapeutic în care intervenția terapeutică - menită să producă modificările scontate - urmează să se desfășoare. Prezentarea acestei secvențe a terapiei prin hipnoză impune câteva precizări, atât conceptuale, cât și de natură practică.

Prima dintre ele se referă la conceperea hipnozei ca o stare particulară de conștientă, denumită în mod tradițional „transă" sau „transă hipnotică", concepție care a generat numeroase dispute teoretice, mulți autori contestând legitimitatea referirii la o astfel de „stare" diferită de cea obișnuită de veghe și preferând să o conceptualizeze ca pe un rol asumat de persoana „hipnotizată". în ceea ce ne privește suntem de acord cu Haley (1986), care apreciază că hipnoza se va dovedi o formă eficientă de tratament, chiar și în eventualitatea în care cercetări neurofiziologice riguroase și de necontestat ar dovedi inexistenta obiectivă a unei „stări" distincte de conștientă modificată. Astfel, vom continua să utilizăm termenul de „transă" cu valoare de metaforă, pentru a desemna acea *stare mentală* care în numeroase studii empirice s-a dovedit a fi propice pentru realizarea obiectivelor vizate de intervențiile etichetate în mod tradițional ca „hipnoterapeutice".

în al doilea rând, transa trebuie concepută ca o experiență subiectivă, foarte puternic individualizată. Practic ea este trăită diferit de către fiecare persoană în parte. Acesta este principalul motiv pentru care abordarea ei, prin intermediul unor scale standardizate, este atât de puțin relevantă. Yapko (1990) identifică totuși o serie de fenomene, a căror variate combinații definesc experiențele individualizate trăite de către persoane diferite ca transă hipnotică. Lista acestora include următoarele: orientarea selectivă a atenției; expresia lipsită de efort; implicarea experienjială neconceptuală; disponibilitatea de a experimenta; flexibilitatea orientării temporo-spațiale; modificările percepției; fluctuațiile gradului de implicare; inhibițiile motorii, respectiv verbale; „logica transei" și reducerea recursului la proba, realității; procesarea simbolică; distorsiunea timpului; amnezia. Având în vedere complexitatea fenomenelor hipnotice, ar fi hazardat să considerăm această listă ca fiind exhaustivă sau ca singura care ar putea fi întocmita. Chiar în prima parte a acestei lucrări este prezentat un alt inventar al fenomenelor asociate de transa hipnotică.

Definirea transei ca o trăire a unei combinații individualizate a acestor fenomene implică și posibilitatea etichetării ca transă a unor experiențe care nu includ decât unele dintre elementele ce se regăsesc pe lista de mai sus. Se poate aprecia că, practic, trăirea oricăruia dintre fenomenele descrise, în contextul unei intervenții definite ca „hipnotică", poate avea o valoare simptomatică pentru client, în sensul că îi confirmă acestuia că se află într-o stare de conștientă modificată („transă"), rezultată în urma acțiunii terapeutului t'„hipnozei"). Această „conștientă a transei" este deosebit de importantă, având în vedere faptul că majoritatea clienților tratați prin hipnoterapie prezintă tendința de a defini iransa ca o condiție fundamentală a eficienței intervenției. Astfel, identificarea unei modificări a stării mentale, rezultată în urma intervenției terapeutului, ca „transă" poate întări convingerea clientului că au fost create condițiile pentru schimbarea terapeutică vizată și poate crea într-adevăr o receptivitate maximă față de sugestiile, respectiv comenzile primite.

O inspecție, chiar sumară, a listei fenomenelor asociate de transă ne permite să sesizăm faptul că acestea se manifestă și în mod spontan, ele făcând parte din experiențele cotidiene ale fiecăruia din noi. Hipnoza nu face de fapt nimic altceva decât să evoce aceste experiențe și să faciliteze dobândirea de către ci icni a controlului asupra producerii lor. Dificultățile care sunt întâmpinate de multe ori la inducerea transei, chiar în cazul unor clienți care intră cu multă ușurință în „transe spontane", sunt de fapt explicabile prin diferențele ce pot fi evidențiate între producerea spontană a unor fenomene, respectiv generarea lor voluntară. Chiar simplomele diferitelor probleme psihologice își datorează mare parte din impactul negativ pe care îl au asupra persoanei tocmai faptului că scapă de sub control acesteia. Sunt autori care apreciază că mecanismul prin care funcționează așa-numitele „comenzi paradoxale" (care prescriu producerea sau accentuarea voluntară a simptometor) - folosite în egală măsură de Erickson și de Frankl - poate fi identificat tocmai în eșecul tentativei de a extinde controlul asupra unui fenomen spontan.

Din fericire pentru hipnoterapic, clienții prezintă disponibilitate diferențiată față de evocarea deliberată a diferitelor experiențe ce ar putea fi exploatate în inducerea transei. Astfel, sarcina terapeutului constă tocmai în identificarea acelor tipuri de experiențe care pot fi mobilizate fără dificultăți de către client. Numărul mare al tehnicilor de inducere a transei se datorează faptului că acestea trebuie să răspundă nevoilor unor clienți cu disponibilități extrem de diferite în acest sens.

In ultimă instanță, proba practicii este cea în măsură să decidă asupra oportunității recursului la o modalitate sau alta, în cazul unui client dat. Terapeutul experimentat are însă la dispoziție o serie de repere, care pot din start restrânge sfera căutărilor ce vizează conturarea celei mai eficiente abordări. Unul dintre aceste repere, descris de către Bandler și Grinder (1990), îl constituie *sistemul de reprezentări dominant* al clientului, definit prin modalitatea senzorială preferată, cu ajutorul căreia persoana obține informațiile necesare pentru a-și construi imaginile cu care operează la nivelul gândirii. Autorii susțin că practic fiecare persoană recurge selectiv la unul dintre cele trei sisteme de reprezentări principale: vizual, auditiv sau kinestezic, care la rândul lor comportă suhmodalilăți caracteristice. De exemplu, cele mai comune submodalități ale sistemului vizual includ următoarele variabile: luminozitatea, dimensiunea, colorat sau acromatic, viu sau mat, proporția culorilor, forma imaginii, numărul imaginilor, distanța, contrastul, claritatea, acuitatea, durata, mișcarea sau lipsa ei, viteza mișcării, direcția, strălucirea, punctul de vedere, reprezentarea asociată sau disociată, raportul figură-fond, calitatea suprafeței (netedă, cu asperități etc), transparența, simetria, mărimea, reprezentarea bi- sau tridimensională etc. (Bandler, 1993). Submodalități Ic sistemului dominant de reprezentări constituie de fapt instrumentele cu ajutorul cărora persoana își structurează experiențele și, în mod firesc, condiția ca acestea să poată fi evocate eficient prin comenzi verbale este ca și cuvintele folosite în acest scop să fie dintre acelea care desemnează respectivele submodalități. Iată, de exemplu, o listă de cuvinte asociate de sistemul vizual de reprezentări: a privi, imagine, focus, imaginație, scenă, a vizualiza, perspectivă, strălucire, reflectare, clarificare, examinare, ochi, a prevedea, iluzie, a ilustra, a nota, privire de ansamblu, a releva, a vedea, a arăta, a supraveghea, întunecat etc. *(apud* O'Connor & Seymour, 1993, p. 46). Aceste cuvinte sunt integrate în construcții pe care autorii citați le denumesc *„fraze vizuale";* ele pot fi de tipul „Dacă mă uit bine la problema asta..." ; „Nu văd nici o ieșire din problema asta! "; „îmi este practic

imposibil să scap de imaginea asta..." etc. Verbele utilizate de client pot constitui un reper prețios pentru terapeut, permițându-i acestuia să identifice sistemul dominant de reprezentări la care persoana recurge pentru a-și structura experiențele și să-și formuleze la rândul lui intervenția în termenii acestui sistem.

Sunt importante din punctul de vedere al inducerii transei - și al intervenției prin hipnoză, în genera! - experiențele personale relatate de client, legate de trăirea profundă a unor evenimente. Relevante din acest punct de vedere sunt mai ales evocarea așa-numitelor „transe spontane", respectiv amintirile clientului legate de inducerea anterioară a transei de către alți hipnoterapeuți. Cele dintâi se referă la situații în care persoana, foarte puternic marcată de anumite evenimente, a trăit stări vecine cu experiența transei hipnotice (de exemplu : sentimentul plutirii, al absorbției, „halucinații" etc). Amintirea acestor experiențe este de regulă foarte vie și ea poate fi exploatata cu maximum de eficiență prin evocarea și retrăirea lor. Cele din urmă sunt utilizabile in cazul acelor clienți care au avut experiența anterioară a unei intervenții hipnoterapeutice. In aceste cazuri este important ca terapeutul să inventarieze nu doar acele amintiri care se leagă de reușitele intervenției, ci și acele aspecte care tinde dificultățile întâmpinate, respectiv pe acelea care au fost trăite de către client ca surse de disconfort.

Un alt reper care îi permite terapeutului selectarea celor mai eficiente ingrediente pentru inducerea transei îl constituie testele de susceptibilitate hipnotică, a căror principală funcție constă nu în identificarea clienților care nu s-ar preta la tratamentul prin hipnoza - cum eronat se crede uneori -, ci într-o cât mai bună cunoaștere a modului individualizat în care o persoană răspunde la diferitele forme de intervenție.

Este meritul lui Erickson de a fi atras atenția asupra importanței luării în considerație a condițiilor concrete în care se desfășoară intervenția hipnotică, astfel încât stimuli ambientali (de exemplu zgomote), care în mod obișnuit ar putea perturba bunul mers al ședinței, să fie exploatați în favoarea acesteia. Așa-numitele „inducții naturaliste" transformă acești stimuli în indicii ale intrării în transă (de exemplu: „*Cu cât vei auzi mai bine zgomotele din afara, cu atât mai profund te vei scufunda în transă, pentru că hipnoza ți-a amplificat acuitatea simțurilor... și în timp ce conștienta îți va fi ocupată de aceste zgomote... inconștientul tău va putea fi mai atent... și mai receptiv... față de lucrurile importante pe care ți le voi spune...*"). Alteori, terapeutul poate utiliza dinamica acestor stimuli aparent perturbatori, pentru a sugera intrarea progresivă în transă (de exemplu: *„Și desigur poți auzi zgomotul puternic produs de motorul mașinilor care trec pe stradă... și atenția ta poate fi captată de una dintre mașinile care tocmai se apropie... poți auzi motorul, din ce în ce mai puternic, pe măsură ce se apropie... și este atât de puternic acum zgomotul, că îți monopolizează practic toată atenția... și urmărești zgomotul motorului... pe măsură ce se îndepărtează... încerci să nu-lpierzi... dar este din ce în ce mai îndepărtat... îl auzi din ce în ce mai greu... până când dispare cu iotul... și așa se îndepărtează de tine și celelalte zgomote... și stimuli... când intri în transă din ce în ce mai adânc... relaxându-te din ce în ce mai profund... în timp ce zgomotele din această încăpere... și de afara se îndepărtează de tine din ce în ce mai mult... așa cum s-a îndepărtat și zgomotul produs de mașina de mai înainte... și cum se va îndepărta și cel al mașinii pe care o vei urmări poate acum... pentru că atunci când intri în transă... zgomotele se îndepărtează din ce în ce mai mult de tine... și te relaxezi din ce în ce nuzi profund... intrând într-o transă binefăcătoare și reconfortantă din ce în ce mai profundă... care te va putea ajuta să-ți rezolvi mai eficient problemele... și să te simți din ce in ce mai bine...").*

Poate mai important însă decât orice altceva în inducerea transei este ca terapeutul să ia în considerare starea de moment a clientului său şi să-şi adapteze intervenţia după datele acesteia. Terapeutul emite două tipuri de aserţiuni în vederea generării transei:

(a) Primele sunt *constatative,* ele dând de fapt o formulare verbală comportamentului şj experienţelor clientului (de exemplu: *„Eşti aşezat confortabil pe acest scaun, respiri profund şi liniştit şi asculţi ceea ce îţi spun..."*). Prin intermediul acestor fraze constatative (pentru care în literatura de specialitate se foloseşte termenul *„pacing"),* terapeutul poate integra în angrenajul intervenţiei hipnoterapeutice practic orice răspuns, deliberat sau spontan, al clientului. Bandler şi Grinder (1975), autorii uneia dintre cele mai profunde analize a *paltem-utilor* de hipnoterapie ericksoniană, apreciază că terapeutul a rezolvat cu succes sarcina de a da o expresie verbală experienţelor clientului în măsura în care verbalizările pe care le formulează sunt acceptate de către persoană ca o descriere adecvată a trăirilor sale. (Se poate sesiza cu uşurinţă că *pacing-vft.* astfel definit de către părinţii NLP-ului se suprapune practic peste empatie, aşa cum aceasta din urmă este conceptualizată de către exponenţii terapiilor centrate pe client: Rogers, Truax, Tausch, Gordon etc.) Autorii citaţi distribuie hipnoterapeutul în rolul unui „mecanism sofisticat de *biqfeedback".* Descrierile constatative se pot referi, de altfel, la două aspecte ale experienţei clientului. Unele dintre ele vizează acele răspunsuri care pot fi observate nemijlocit de către terapeut, asemeni exemplului de mai sus. Alte fraze ale terapeutului formulează, în schimb, aspecte insesizabile, a căror verbalizare poate fi rezolvată în felul următor:..... *şi în timp ce continui să respiri profund şi liniştit... vei putea simţi o anumită senz/tfie...".* Credem că acest exemplu este concludent pentru a ilustra principiul utilizat de către Erickson: el indică direcţia în care trebuie căutată experienţa ce nu poate fi observată direct de către terapeut (senzaţiile), putând miza pe faptul că inevitabil clientul va putea simţi senzaţii discrete sau chiar intense, dar are totodată grijă să nu precizeze care este natura exactă a senzaţiei pe care clientul o simte, respectiv urmează să o simtă.

(b) Aserţiunile din a doua categorie sunt cele prin care terapeutul îşi *dirijează* clientul în direcţia impusă de obiectivele imediate ale inducerii transei. (Termenul folosit în original *este* de *„leading",* adică de conducere a clientului, respectiv a procesului de generare a transei.) Formularea acestor aserţiuni vizează în fapt producerea acelor fenomene care sunt asociate de transă şi care un mod obişnuit sunt considerate ca fiind supuse controlului involuntar. Tocmai din acest motiv, este crucială asocierea comenzilor de afirmaţiile constatative, sugerând astfel că producerea fenomenelor pe care le vizează ar fi la fel de firească precum cea a experienţelor luate la cunoştinţă sau chiar că ar putea exista o legătură cauzală între cele două categorii de fenomene. Bandler şi Grinder identifică trei categorii diferite de relaţii care pot fi sugerate. Cea mai slabă conexiune este implicată de *conjuncţia simplă* (de exemplu:. . . . *asculţi ceea ce îţi spun şi te relaxezi din ce în ce mai profund...").* *Relaţia cauzală implicită* sugerează o legătură mai puternică (de exemplu: *„... şi în timp ce stai aşa, cu ochii închişi, instalat confortabil în acest fotoliu, te vei putea cufunda şi mai profund într-o transă binefăcătoare...").* Cea mai puternică asociere este exprimată însă de formularea explicită a unei legături de tip *cauză-efect* (de exemplu: *„... poţi rămâne aşa, cu ochii închişi... şi ascultarea a ceea ce îţi spun te poate ajuta să te relaxezi şi mai profund...").*

Este important de reţinut că succesul intervenţiei nu depinde de validitatea logică a conectării celor două categorii de fenomene, ci de eficienţa cu care terapeutul reuşeşte să lege ceea ce clientul simte la un moment dat de ceea ce urmează să simtă în momentul

următor. Din acest punct de vedere, este important ca afirmaţiile consta ti vc să poată fi verificate imediat de către client, astfel încât acesta să dobândească convingerea că aserţiunile terapeutului sunt valide. Deosebit de utile se dovedesc acele verbe care nu pot fi încadrate fără echivoc în categoria predicatelor constatative sau diriguitoare. Lista acestora cuprinde, printre altele, verbe ca: a te întreba ; a gândi; a te simţi încordat/ relaxat; a şti; a trăi o experienţă; a conştientiza; a-ţi aduce aminte etc). Echivocul acestor predicate este dublu; pe de o parte nu este foarte clar, dacă ele se referă la o „acţiune" care csle deja operativă sau la una care de abia de acum încolo va produce rezultatele scontate, iar pe de altă parte, atunci când le folosim, nu este foarte clar dacă ne referim la recursul deliberat la „serviciile" lor sau dacă avem în vedere manifestarea lor spontană. \&pko (1990) utilizează termenul *„înlănţuire" (chaining)* pentru a denumi procesul prin care enunţurile constatative sunt legate de cele menite să dirijeze clientul, arătând că, daca într-o fază incipientă a inducerii transei predomină cele dintâi (4-5 enunţuri din prima categorie pot fi urinate de o comandă simplă, după care sunt prezentate din nou 4-5 fraze constatative, urinate la rândul lor de una care se referă la *o* modificare vizată de terapeut şi aşa mai departe), pe măsură ce clientul intră în transă, proporţia sugestiilor creşte progresiv. Raportul celor două tipuri de enunţ poate fi inversat după ce terapeutul s-a convins că persoana se supune sugestiilor hipnotice. De altfel, sesizarea cu acurateţe a acestui moment reprezintă una dintre cele mai delicate secvenţe a inducerii transei, de ea depinzând în bună măsură reuşita intervenţiei. Pripeala în acest sens poate avea drept consecinţă refuzul tacit al clientului de a urma comenzile cc-i sunt adresate, sau supunerea doar la acelea dintre ele care pot fi duse la bun sfârşit la modul deliberat. (Este important de notat că modificările vizate de intervenţia hipnoterapeutică nu fac parte din categoria acestora, având în vedere faptul că simptomele cărora se adresează se produc în mod spontan.)

Aplicarea *„principiului utilizării",* formulat de Erickson, îi permite terapeutului să se integreze în sistemul clientului şi, în acelaşi timp, să stimuleze modificarea acestuia din exterior. „Terapeutul devine «parte» *(part of)* a sistemului clientului, *absorbind patlern-urile* acestuia, dar operează păstrându-se «la o parte» *(apari from)* de corelaţiile devaluative care compromit autonomia generativă a persoanei" (Gilligan. 1985, p. 211).

Inducerea transei poate fi realizată şi prin recursul la „scenariile" concepute cu precădere în cadrul abordărilor tradiţionale ale hipnozei. Autorii care au elaborat aceste texte prefabricate au luat în consideraţie practic toate principiile care stau Ia baza structurării intervenţiei şi a utilizării limbajului hipnotic, cu singura excepţie a celui ce se referă la utilizarea reacţiilor individualizate ale clientului. Scenariile în cauză sunt realizate pe baza înlănţuirii unor enunţuri constatative cu cele menite să dirijeze reacţiile clientului, doar că sunt „luate la cunoştinţă" nu reacţiile observate ale clientului, ci acelea care pot fi aşteptate să se producă cu cea mai mare probabilitate. De asemenea, imaginile sugerate au o bază polisenzoriaiă, astfel încât să maximalizeze probabilitatea ca fiecare client în parte să regăsească în mulţimea acestora acele elemente care se pliază pe modalitatea lor dominantă. Astfel se explică faptul că la o proporţie semnificativă dintre clienţi, aceste scenarii pot fi utilizate cu succes. Textele tradiţionale şi-au probat eficienţa de-a lungul deceniilor şi recursul la ele continuă să se justifice mai ales în cazul hipnoterapeuţilor începători care încă nu au dobândit în suficientă măsură capacitatea de a improviza intervenţia pe baza observării atente a clientului. Există şi scenarii care caută să structureze într-o formă stabilă elemente utilizate în intervenţiile naturaliste, care de regulă sunt construite pornind de la condiţiile concrete în care este practicată

intervenţia. Un astfel de scenariu, preluat după Havens şi Walters (1988) şi prezentat în anexele acestei lucrări, este *„inducţia naturalistă",* o intervenţie deosebit de utilă pentru abordarea clienţilor anxioşi, respectiv pentru situaţiile în care suntem nevoiţi să practicăm hipnoza într-un mediu zgomotos.

Practica noastră a demonstrat utilitatea recursului - înainte de prima intervenţie hipnoterapeutică - la aşa-numita „buclă a transei", formulată de Gilligan (1985), care are darul de a genera acea deschidere către experienţe a clientului, care ii poate permite acestuia să profite la maximum de pe urma intervenţiei. „Bucla" prezintă totodată sub o formă cât se poate de sugestivă, raportul ce există între universalitatea fenomenului reactivităţii hipnotice şi individualizarea răspunsurilor personale ia intervenţia care vizează inducerea transei hipnotice. (Prezentarea „buclei transei" poale fi găsită în prima parte a acestei lucrări, la paginile 125-126.)

Atât în cazul intervenţiilor bazate pe scenariile prefabricate, cât şi în cel al inducţiilor mulate după client, cel mai important lucru în asigurarea succesului îl constituie obţinerea *feedback-alai* din partea clientului, practic imediat după consumarea intervenţiei. Acest demers îi permite hipnoterapeutului să identifice - în vederea adaptării cât mai eficiente a următoarelor intervenţii - acele elemente ale scenariului utilizat, care s-au dovedit a exercita efectul scontat asupra clientului şi să le reţină, respectiv să le accentueze pe acestea. Totodată, terapeutul va putea, pe baza discuţiei purtate cu persoana, să înlăture acele componente ale textului original care s-au dovedit a genera senzaţie de disconfort, respectiv a căror prezenţă s-a dovedit a fi de prisos, încărcând fără rost scenariul folosit pentru inducerea hipnozei. Astfel, scenariul „lucrativ" propriu-zis este unul la care hipnoterapcutul şi clientul său ajung pe baza unei cooperări în care comunicarea pe marginea trăirilor evocate în client de diferite componente ale intervenţiei constituie elementele-cheie.

2. Aprofundarea transei

A fost tratată în prima parte a acestei lucrări, în care au fost prezentate pe larg şi tehnici concrete de realizare a ei. Considerăm util să insistăm doar asupra uneia dintre tehnici, cea a *„locului preferat",* a cărui importanţă hipnoterapeutică nu poate fi subestimată. Evocarea locului preferat se face printr-o tehnică foarte simplă, permisivă, care ii permite clientului să aleagă un loc în care ar dori să se afle in chiar momentul intervenţiei. (In experienţa noastră, la unii clienţi locul preferat prezintă o remarcabilă stabilitate, aceste persoane preferând să revină în acelaşi spaţiu, ori de câte ori sunt invitate să şi-l caute, în timp ce alţii îşi evocă mereu alte locuri.) Cu ocazia primei intervenţii, sugestiile menite să evoce locul preferat sunt plurisenzoriale, pentru a-i permite clientului să descopere acele elemente, cu sprijinul cărora îşi va putea reprezenta locul preferat, astfel încât trăirile sale să fie cât mai vii. pe baza discuţiei ce urmează acestei prime intervenţii putem afla de la client care sunt acele elemente asupra cărora merită să insistăm în viitor, respectiv care sunt cele la care putem renunţa. Acest demers poate fi realizat sub o formă mai structurată prin recursul la tehnica HARP (o parte a acestei tehnici este prezentată în anexele acestei lucrări). Iată textul folosit pentru evocarea locului preferat:

„Vom denumi acest loc, locul tău preferat. Acesta s-ar putea să fie un loc in care ai m
fost şi In care întotdeauna ţi-ai dori să revii. S-ar putea să fie un loc în care nu ai fost

niciodată, dar despre care ai auzit sau ai citii si în care întotdeauna ți-ai dorit să ajungi. Sau, s-ar putea să fie un loc care nu există decât în imaginația ta, în fantezia ta dintotdeauna, și de existența căruia poate abia acum afli si tu pentru întâia oară. Lasă deci gândul să te poarte la acest loc și, când vei ști că ai ajuns acolo, îmi vei comunica acest lucru prin ridicarea degetului." în momentul în care apare reacția, îi spunem: *„Bine, acum că știm că ai ajuns în locul tău preferat, te rog să iei în stăpânire acest loc. Instalează-te confortabil, privește în jurul tău, pentru a lua în stăpânire toată frumusețea, splendoarea acestui loc. Apleacă-ți urechea asupra sunetelor, pipăie ceea ce consideri că merită să fie pipăit, lasă toate simțurile să se bucure de plăcerea de a fi acolo, așa cum și eu te voi lăsa 2-3 minute, să rămâi singur, în locul tău preferat".* După aproximativ 3 minute, îi spunem: *„Înainte de a reveni de la locui tău preferai, este bine să știi că acest loc îți aparține și că vei putea reveni acolo, ori de câte ori vei dori sau vei simți nevoia, pentru a te putea relaxa, pentru a te putea odihni, pentru a-ți putea aduna foițele sau pentru a putea fi doar cu line însuți/însăți. Te rog, deci ca până la proxima întâlnire cu locul tău preferai, să-ți iei rămas bun, să privești încă o dată de jur împrejur, să lași simțurile tale să fie pătrunse de locul tău preferat".*

Considerăm utilă inserarea acestei componente a hipnoterapiei după tehnicile de aprofundare prin numărare și înainte de a trece la intervențiile terapeutice propriu-zise. Dacă precedentele tehnici vizează de regulă o aprofundare a transei, în special prin desăvârșirea stării de relaxare, locul preferat generează o receptivitate crescută față de trăirile hipnotice și față de reprezentările imaginare. Contactul cu locul preferat prezintă un impact emoțional pozitiv, personalizând în mare măsură intervenția prin legăturile ei cu experiențele anterioare pozitive ale clientului. Este un spațiu imaginar, generator al sentimentelor de confort și siguranță, diii care clientul poate porni cu o dispoziție potrivită pentru a se confrunta cu alte componente ale intervenției hipnoterapeutice, purtătoare, de regulă, de mai multe tensiuni și neliniști. Reprezintă totodată locul în care poate reveni pentru a regăsi liniștea și siguranța între secvențele solicitante ale intervenției, înainte de a relua confruntarea cu acestea. In sfârșit, prin asocierea sa cu situația terapeutică, devine acel element a cărui invocare în intervalele dintre ședințe poate evoca sentimentul de siguranță oferit de contextul terapeutic.

3. Tehnicile (intervențiile) hipnoterapeutice

Sunt în esență metode, simple sau complexe, care vizează realizarea unor obiective specifice hipnoterapiei. Unele dintre ele pol fi finalizate în cadrul unei singure intervenții, pe când altele necesită mai multe ședințe. Prezența lor în cadrul unei ședințe de hipnoză nu este obligatorie, efecte terapeutice putând fi obținute uneori prin simpla inducere și aprofundare a transei, caz în care se profită de starea de relaxare indusă hipnotic, intervenția având același efect ca o simplă metodă de relaxare. Se mai poate întâmpla ca intervenția să fie lipsită de aportul tehnicilor propriu-zise ale hipnoterapiei, din considerente de familiarizare a clientului cu hipnoza și de pregătire a acestuia pentru intervenții terapeutice țintite. Se poate argumenta în acest sens că, în condițiile în care persoana s-a familiarizat cu hipnoza datorită acestui tip de antrenament, intrând mai ușor și mai profund în transă, eficiența intervențiilor terapeutice pe care le descriem în cele ce urmează este sporită, deși sunt autori care apreciază că eficiența hipnoterapiei nu ar fi influențată de profunzimea transei. Oricum, din perspectiva abordării strategice, ar fi

dificil de susținut o opțiune care renunță la beneficiile rezultate de pe urma unor elemente specifice ale intervenției, puse în slujba unor obiective terapeutice țintite.

Ar fi de asemenea greșit să se creadă că aceste tehnici ar putea fi aplicate toate în cadrul unei singure ședințe hipnoterapeutice. în funcție de strategia terapeutică, concepută pentru tratamentul unui client anume, unele dintre aceste elemente terapeutice pot apărea în prim-plan, în timp ce altele pot să nu fie incluse deloc. Este important de reținut. totodată, că pentru realizarea fiecăreia dintre aceste intervenții avem la dispoziție o multitudine de tehnici, dintre care putem opta - în funcție de caracteristicile individuale ale clientului și de natura problemei cu care se confruntă - pentru aceea care promite a fi cea mai eficientă. Din acest punct de vedere, hipnoterapia se află într-o poziție privilegiată printre metodele terapeutice, arsenalul ei tehnic nefiind probabil egalat de a nici unei alte metode. Limitele acestor posibilități sunt împinse și mai departe de libertatea de a adapta mijloacelor proprii tehnici elaborate în cadrul altor metode (de exemplu, psihanaliză, terapii cognitiv-comportamentale etc), respectiv de a crea pur șt simplu - bineînțeles în condițiile respectării unor principii riguroase ale practicii hipnoterapiei - tehnici sau forme noi de intervenție. Este lesne de înțeles, prin perspectiva acestor considerente, de ce este atât de dificil de realizat o clasificare chiar sumară a tehnicilor hipnoterapeutice. Nu întâmplător, și cea pe care o propunem este lipsită de pretenția unei cuprinderi exhaustive a tipurilor de tehnici hipnoterapeutice, autorii apreciind ca pertinentă rezumarea la cele mai importante dintre ele.

3.1. întărirea eului

Există numeroase opinii exprimate de hipnoterapeuți recunoscuți, conform cărora este oportun - sau chiar necesar - ca orice intervenție psihoterapeutică să fie precedată de măsuri menite să întărească sentimentul de încredere al clientului (Yapko, 1992; Hawkins, 1996). Havens și Walters (1989) subliniază, de asemenea, că în cazul acelor clienți care prezintă *locus* al controlului extern și care sunt convinși că soluționarea problemelor personale depinde în totalitate de modificări induse de altcineva sau de altceva, obiectivul inițial al intervenției terapeutice trebuie să se constituie în reorientarea către un sentiment al controlului exercitat din interior. Autorii afirmă că „hipnoterapia nu poate fi eficientă atât timp cât persoana apreciază că nu își poate asuma responsabilitatea pentru propriile emoții, gânduri și manifestări comportamentale" *(op. cit.,* p. 26). De Shazer (1985 ; 1990) și ceilalți specialiști care se declară adepți ai abordării centrate pe soluții promovate de către acesta (Walter și Peller, 1992, O'Hanlon și Weiner-Davis, 1995; George *et al.*, 1995), pot fi considerați exponenții cei mai angajați ai poziției care susține nevoia de a contracara încă din start sentimentul de neputință al clientului.

„Foița eului" poate fi operaționalizată prin capacitatea sinelui de a instrumenta măsuri, întreprinse de către persoană, în vederea adaptării Ia diferitele situații de viață, a realizării obiectivelor considerate importante, respectiv a rezolvării problemelor cu care persoana se confruntă. Astfel definită, forța („tăria") eului reprezintă acea dimensiune a sentimentului de sine, care estimează șansele persoanei de a putea face față diferitelor provocări întâmpinate în viața de zi cu zi. Din acest punct de vedere, ceea ce înțelegem prin „forța eului" prezintă pronunțate similitudini cu „expectanțele" așezate de Mischel (1985) în rândul celor cinci categorii de *variabile personale* care determină comportamentul uman.

Baddeley a definit scenariile ca fiind, în esență, „un pachet integrat de informații, care poale fi folosit în scopul interpretării sau înțelegerii unei anumite situații" (1998, p. 126). Scenariile reprezintă cazuri particulare ale schemelor, fiind de fapt niște scheme complexe, în măsură să înglobeze cunoștințele noastre generalizate, referitoare la evenimentele cotidiene. Acestea sunt construcții semantice, care reflectă probabilitatea unui anumit curs al secvențelor evenimentului dat. Scenariile permit atât anticiparea seriei de acțiuni pe care urmează să le întreprindem atunci când ne confruntăm cu o anumită situație (și deci planificarea comportamentului adaptiv), cât și a deznodământului posibil al demersului nostru,

Schemele - la rândul lor - reprezintă o unitate coerentă de reprezentare structurată, care organizează experiența (Mandler, 1992). Schemele nu fotocopiază realitatea, ci se constituie în reprezentări abstracte ale regularităților experiențiale. Ele rezultă din interacțiunile noastre cu mediul social și fizic, definind - după cum arată și Neisser (1984) - ceea ce este probabil să vedem, să auzim și să ne amintim, respectiv ceea ce nu ne așteptăm să vedem sau să auzim. Augoustinos și Walker (1995) definesc și ei schema ca reprezentând „o structură mentală ce conține expectații și cunoștințe generale referitoare la lume" (p. 32). Acestea pot include expectațiile noastre generale cu privire Ia persoane, roluri sociale, evenimente sau la cum să ne comportăm în anumite situații.

Multe dintre scenariile care alcătuiesc repertoriul individului ajung să treacă prin această veritabilă „probă a focului" : punerea în practică. în principiu, scenariile sunt elementele care alcătuiesc un fundament solid pentru imaginea de sine. Punerea în practică a scenariilor nu este însă lipsită de probleme. Pe de o parte, aceste probleme țin de selectivitatea memoriei umane, precum și influențele exercitate de stările emoționale asupra tipului de experiențe care trec prin filtrul selectiv (Ingram și Hollon, 1986; Baddeley, 1998; Schacter, 1998). Depresia, de exemplu, atrage după sine facilitarea accesului la amintirile legate de eșecuri și experiențe negative și îngreunează considerabil evocarea acelor performanțe care ar fi putut sta la baza construirii unor „scenarii ale satisfacției". Putem presupune în aceste din urmă cazuri, intervenția așa-numitului „blocaj cognitiv", descris de Beck (1985), care interferează în depresie cu receptarea și/sau integrarea datelor pozitive. Pe de altă parte, trebuie să avem în vedere și faptul că însăși existența unui scenariu ipotetic poate îndeplini funcția profeției ce se autoconfirmă. în astfel de situații, eșecul înregistrat se poate interpreta nu ca un fapt care validează scenariul ce anticipa acest deznodământ, ci ca o consecință a preexistentei lui. In sfârșit, putem aminti *și* acele situații în care un scenariu al neputinței sau al eșecului anulează din start orice încercare a persoanei de a se confrunta cu provocările situației la care se referă scenariul. Mischel (1985) a denumit „expectații legate de consecințele stimulării și comportamentului" acele variabile personale, care, anticipând deznodământul acțiunilor persoanei, determină angajarea în acțiunea vizată sau, dimpotrivă, renunțarea la orice încercare, presupusă oricum din start a fi zadarnică. Aceste din urmă expectații au fost descrise pe larg de către Seligman (1998) sub denumirea de „neputință învățată". Seligman arăta că aproximativ o persoană din zece reacționează cu această atitudine de neputință la orice situație de solicitare cu care se confruntă, „confirmându-și" astfel, scenariile negative.

Scenariile au la bază așa-numitele *„prezumții fundamentale" {„basic assumptions", „core beliefs")* care sumarizează sub forma unor reguli generale principiile după care ne ghidăm atunci când gândim. Convingerile referitoare la propria persoană pe care Ie

implică prezumţiile fundamentale sunt atât de puternice, încât ele sunt trăite de către persoană ca realitatea însăşi (Mirabel-Sarron şi Riviere, 1993). Deşi mai greu accesibile sondării conştiente, prezumţiile fundamentale sunt deosebit de importante, întrucât ele îşi pun amprenta asupra modului în care gândim „la suprafaţă" în foarte multe situaţii. Existenţa acestor prezumţii fundamentale este în măsură să explice şi fenomenul aşa-numitelor „gânduri automatizate", definite de către Beck ca acele cogniţii care tind să apară rapid şi automatizat, ca prin reflex, care nu se supun controlului voluntar şi conştient şi care par a fi cu totul plauzibile persoanei (Beck, 1991; Rush şi Beck, 2000). Schemele ce alcătuiesc osatura prezumţiilor fundamentale reprezintă structuri cognitive idiosincratice ce se dezvoltă de-a lungul vieţii persoanei, începând cu primii ani de viaţă. Ele rămân inactive până la confruntarea cu acele evenimente de viaţă sau situat» cărora le sunt asociate şi sunt activate în momentul întâlnirii cu acestea.

Partitura interpretată de aceste convingeri fundamentale în procesul adaptării persoanei la condiţiile mereu în schimbare ale mediului social nu poate fi apreciată decât prin evaluarea măsurii în care ele reflectă cu justeţe capacităţile reale ale persoanei, raporturile dintre individ şi persoanele din anturaj, respectiv dintre persoana căreia îi aparţin şi sarcinile cu care ea se confruntă. Sunt inventariate în literatura de specialitate o serie de evenimente de viaţă ostile, neprielnice - de exemplu, nedezvoltarea normală a sentimentului fundamental al încrederii în sine sau în ceilalţi - care facilitează cristalizarea unor convingeri, a căror conformare la datele realităţii lasă mult de dorit. Pe de altă parte, reprezentanţii abordării cognitiviste au descris numeroase mecanisme deficitare de prelucrare a informaţiilor (erorile semantice, gândirea dihotomică, recursul la imperativele categorice, generalizările nefondate etc.) care pot şi ele genera judecăţi lipsite de validitate. Beck (1991) califica aceste prezumţii fundamentale ca fiind „atitudini disfuncţionale", în timp ce Ellis, un alt exponent de seamă al terapiilor cognitive, recurge la termenul „convingeri iraţionale" (Ellis, 1985; Ellis şi Dryden, 1998). Putem cita, în sfârşit, poziţia exprimată de către De Shazer (1990), care remarcă tendinţa clienţilor de a-şi prezenta atât propria persoană, cât şi situaţia cu care se confruntă, în mod eronat. Autorul citat este de părere că recursul la formula gramaticală care implică sintagma „mi se întâmplă *întotdeauna"* pentru conceptualizarea şi exprimarea acuzelor de orice natură, ar constitui elementul care îi induce clientului ideea unei fatalităţi ce nu ar lăsa loc imaginării unor cursuri alternative ale evenimentelor.

Tehnicile pe care le putem grupa sub genericul de „intervenţii pentru întărirea eului" prezintă toate scenarii care fie propun experienţe ce întăresc în client sentimentul competentei şi al controlului, fie îi facilitează acestuia evocarea unor experienţe personale legate de reuşite şi succese înregistrate în condiţii, dacă nu chiar similare celor actuale, cel puţin comparabile cu acestea sub aspectul provocării ori al ameninţării cu care s-a confruntat persoana. Parte dintre aceste intervenţii fac apel la bagajul de amintiri al clientului, în timp ce altele sunt metaforice; unele preced inducerea transei, pe când multe dintre ele se realizează într-un context hipnotic.

Din punctul de vedere al strategiei care stă la baza inserării acestor intervenţii, este importantă distincţia operată între cele care vizează capacitatea persoanei de a participa activ, ca partener egal, la desfăşurarea procesului terapeutic, respectiv acele demersuri care se îndreaptă înspre inocularea convingerii că persoana posedă acele resurse care îi sunt necesare pentru a putea soluţiona problemele cu care se confruntă.

In rândul tehnicilor ce alcătuiesc prima categorie de intervenții amintită, putem retine chiar recursul la testele de hipnotizabilitate, care după cum s-a mai arătat, dincolo de informațiile pe care le furnizează în vederea selectării metodelor care promit a fi cele mai eficiente în cazul unui client anume, îi pot furniza acestuia experiențe care documentează capacitatea sa de a răspunde în mod adecvat la sugestiile hipnotice. Poarte spectaculoasă se dovedește în acest sens utilizarea pendulului lui Chevreul, recomandată de altfel chiar de către Schuitz în inițierea antrenamentului autogen, care demonstrează de o manieră vizibilă cum concentrarea mentală se traduce în micromișcări involuntare, deci cum sugestiile verbale se „materializează". în egală măsură, pot fi utilizate pentru a-i întări clientului convingerea legată de capacitatea sa de a participa Ia intervențiile hipnotice, totalitatea răspunsurilor pozitive date la sugestiile formulate în cadrul unor (este complexe de sugestibilitate, cum ar fi HIP, CIS, scalele Harvard și Stanford, respectiv HARP. Foarte utilă în acest sens este și conceptualizarea problemelor cu care se confruntă persoana ca rezultate ale „autohipnozei negative" (de exemplu: Araoz și Negley-Parker, 1988; Yapko, 1992; Alladin, 1992), prezentată în asociere cu ideea conform căreia tocmai competența care i-a permis clientului să își creeze simptomele poate fi pusă în slujba eforturilor ce vizează înlăturarea acestora și rezolvarea problemelor. în sfârșit, prezentarea primei intervenții hipnotice ca un „test", menit să identifice nu atât măsura în care clientul poate fi considerat un subiect adecvat pentru hipnoză, cât mai curând acele elemente care ar putea fi exploatate cu maximum de eficiență în cadrul terapiei sale, constituie o altă modalitate eficientă de a întări convingerea clientului, că va fi capabil să coopereze cu tratamentul.

Gama modalităților de întărire a eului în vederea mobilizării resurselor necesare pentru învingerea obstacolelor este și mai largă. O primă tehnică este cea propusă de V.A. Gheorghiu și poate fi considerată ca o veritabilă metaforă experiențială a oricărei probleme psihologice. Clientul este invitat să-și estimeze capacitatea de a rupe un creion simplu, lovindu-1 pe acesta cu degetul arătător întins. Terapeutul apucă ferm cele două capete ale creionului, ținându-I în poziție orizontală, aproximativ la înălțimea plexului. fn eventualitatea unui răspuns negativ din partea clientului, acesta este invitat să-și imagineze cum arătătorul mâinii dominante, ținut întins deasupra creionului, a trecut deja prin creion, și să percuteze cu toată puterea doar după ce a reușit să-și imagineze acest lucru. Pe toata durata concentrării clientului, acesta este susținut de către terapeut și încurajat să lovească. După ce clientul reușește să rupă creionul - de regulă cu o ușurință care îl surprinde literalmente - terapeutul subliniază faptul că cele întâmplate sunt cu adevărat caracteristice pentru modul în care ne creăm majoritatea problemelor, acestea convingându-ne că un lucru - aflat de altfel în limitele posibilităților noastre de a acționa - ne-ar fi de fapt peste putință de realizat. Terapeutul îi sugerează clientului să păstreze cele două jumătăți rupte ale creionului, pentru a le putea privi ori de câte ori - confruntat cu o provocare - se percepe neputincios și pentru a-și aduce aminte cum poate greși atunci când caută să se convingă că n-ar fi în stare să Iacă un lucru care de fapt îi stă în putință.

De Shazer (1985; 1990) propune și el o metodă, aplicabilă în afara contextului hipnotic propriu-zis, pentru a contracara sentimentul de neputință al clientului. Autorul ne propune o strategie subtilă pentru a combate generalizarea nejustificată (exprimată prin formula „mi se întâmplă întotdeauna") a incidenței simptomelor. înseși întrebările formulate de terapeut conțin presupoziția că persoana este capabilă să-și rezolve problema,

că a şi întreprins primele măsuri în vederea eliberării de simptoine, că este liberă să facă ceea ce crede de cuviinţă şi că este cea mai în măsură să decidă ce doreşte să facă (Walter şi Peller, 1992). Ceea ce terapeutul caută să-i sugereze clientului este nu doar că schimbarea ar fî posibilă, ci că aceasta este pur şi simplu inevitabilă. Intervenţia îndreptată înspre întărirea eului începe chiar de la prima discuţie şi are la bază orientarea atenţiei clientului asupra „excepţiilor", adică a abaterilor de la „regula" omniprezenţei problemelor. „Am observat că, indiferent de cât de importante sau cât de cronicizate ar fi problemele pe care persoanele le întâmpină în viaţă, există situaţii sau momente în care, dintr-un motiv sau altul, problemele sunt absente" - notează O'Hanlon şi Weiner-Davis (1995). Evocarea. investigarea acestor „excepţii" are darul nu doar de a sugera ce anume trebuie întreprins pentru a rezolva problema, dar şi acela de a-i comunica clientului că rezolvarea îi stă în putinţă. Putem ilustra această intervenţie prin următorul fragment din discuţia terapeutică purtată cu un client cu depresie, care acuză că „întotdeauna se pierde cu firea" :

Terapeut: *Spuneţi deci, că întotdeauna vă pierdeţi cu firea- • Asta vi se întâmplă şi acum ?*
Client: *Nu, acum nu, dar...*
Terapeut: *Deci vi se poale întâmpla lotuşi ca uneori să nu vă pierdeţi cu firea... ?*
Client: *Da, dar...*
Tferapeut: *Dacă spuneţi că acest lucru este totuşi posibil, poate aţi observat şi când anume, în ce condiţii vi se întâmplă acest lucru...*
Client: *Da, uneori trebuie să mă forţez, pentru că sunt situaţii în care nu-mi pot permite să mă pierd, dar asta mă consumă enorm...*
Terapeut: *Da ? Deci dacă faceţi nişte eforturi care simţiţi că vă consumă intens, atunci puteţi să vă păstraţi firea. Asta-i extraordinar, că reuşiţi să găsifi resursele pentru a putea face acest lucru...*
Client: *Da, dar tot nu pot face asta întotdeauna. Tot ce reuşesc este să creez o iluzie că aş fi sigur pe mine, dar de fapt nu sunt. O fac pentru că trebuie...*
Terapeut: *Credeţi deci că trebuie să faceţi acest lucru...*
Client: *Da, trebuie, dar...*
Terapeut: *Deci atunci când trebuie, o faceţi...*
Client: *Da, o fac pentru că îmi dau seama că trebuie să fac cumva, să nu-şi dea seama copilul, că are un uită atât de slab...*
Terapeut: *Şi dacă sunteţi conştient de acest lucru, atunci găsiţi resursele de care aveţi nevoie pentru a putea... Chiar dacă asta vă consumă, vă puteţi descurca şi vă puteţi păstra cumpătul—*

După cum se poate vedea şi din exemplul de mai sus, cheia reuşitei constă, în cazul acestei abordări, in a contracara tendinţa clientului de a vorbi despre probleme şi în a-i impune să relateze acele aspecte care ţin, dimpotrivă, de confruntarea cu succes a obstacolelor şi a dificultăţilor. Alături de prezentarea excepţiilor ca succese, terapeuţii centraţi pe soluţii caută să profite în egală măsură de pe urma celor mai discrete semne ale unei schimbări în bine pe parcursul tratamentului, în vederea amplificării acestora. In acelaşi timp însă, se pune accent şi pe sarcina terapeutului de a localiza schimbările pozitive în afara spaţiului şedinţelor terapeutice şi de a ceda întreaga responsabilitate pentru progres clientului (George *et al.,* 1995). Astfel, De Shazer propune următoarea formulă de încheiere a întrevederii cu clientul: „Până la proxima noastră întâlnire aş dori să observaţi, astfel încât să-mi puteţi relata şi mie, orice lucru care se întâmplă în viaţa (familia, relaţia de cuplu) dumneavoastră şi care aţi dori să se întâmple şi în continuare" (după Walter şi Peller, 1992, p. 7).

Revenind la cadrul strict al intervențiilor hipnotice, prezentăm în continuare câteva dintre cele mai cunoscute tehnici de întărire a eului, inventariate de Hawkins (1993).

Tehnica albumului cu fotografii constă în invitarea clientului aflat în transă să-și imagineze un album care conține toate amintirile sale legate de realizări anterioare, de succese, de momentele de bucurie și fericire, de experiențele pozitive. în continuare, el este rugat să deschidă albumul la o pagină de la început *(regresie de vârstă)* și să treacă în revistă conținutul acestei pagini, făcând uz de toate sistemele sale reprezentaționale (vizual, auditiv, tactil etc), astfel încât imaginea rezultată să fie cât mai complexă și vie, retrăind toate emoțiile pozitive legate de evenimentul astfel evocat. După ce i s-a acordat suficient timp pentru reactualizarea trăirilor pozitive, clientul este încurajat să revină în prezent, păstrând însă aceste emoții și să caute soluții la problemele sale actuale cu sprijinul acestui tonus optimist. In continuare, el se va imagina în viitor, de asemenea pe fondul emoțiilor pozitive asociate de succesul repurtat în trecut, proiectându-se într-un moment în care problemele care sunt surse de disconfort sau suferință în prezent au fost deja rezolvate, putând trăi totodată anticipat și satisfacția legată de realizarea obiectivelor sale. în sfârșit, imaginea acestui viitor în care problema ține deja de domeniul trecutului este „lipită" în album.

Metaforele și *povestirile* pot contribui și ele la dezvoltarea stimei de sine și a sentimentului de încredere în forțele proprii, ele având totodată și darul de comunica mesajul terapeutic „pe limba inconștientului". Printre metaforele „clasice" ce pot fi utilizate în acest context putem aminti viața stejarului sau a roșiei (una dintre metaforele preferate ale lui Erickson), succesiunea anotimpurilor, metamorfoza omizii în fluture, râțușca cea urâtă sau lungul drum al râului de la izvor la mare. O astfel de povestire este cea a călugărului, prezentată de Hawkins (1994);

„A trăit cândva, în vremuri demult apuse, un călugăr care se simțea foarte deprimat și trist. Era o iarnă grea și el privea pe fereastră mâhnit grădina cu pomii goliți de podoaba coroanei lor, odinioară atât de bogate. I se părea că sunt și ei triști, poate chiar lipsiți de viață, dar intuiția îi spuse că suni totuși vii. Deodată își dădu seama că o dată cu venirea primăverii, pe ramurile lor vor crește noi frunze și vor fi chiar mai puternici, decât anterior. Chiar dacă pe dinafară par lipsiți de viață, în interiorul lor, la rădăcină, sunt cât se poate de vii. Rădăcinile lor, sursa însăși a existenței lor, continuau să trăiască, iar atunci când ploile de primăvară și razele soarelui de vară timpurie le vor hrăni din belșug, pomii vor înmuguri din nou. Pe tot parcursul iernii, ei au crescut de fapt și mai puternici, utilizând resursele lor tămăduitoare primite de la natură pentru a-și dezvolta potențialul în capacități superioare celor posedate anterior" (op. cit., p. 33).

Sugestiile pozitive, care vizează inocularea sentimentului valorii personale și a eficienței, reprezintă o altă categorie de intervenții ce vizează în mod declarat întărirea eului. Hawkins citează pentru exemplificare o sugestie directă formulată de Hartland:

„... cu fiecare respirație, te vei simți mai încrezător, mai sigur pe tine, știind că te poți ocupa eficient de problemele tale... și că poți fi satisfăcut de viața pe care o trăiești... simțind că poți controla în mai mare măsură toate acele aspecte ale vieții tale... pe care le consideri importante... relațiile tale... sănătatea ta... viața ta intimă... munca ta... viața ta de familie... și știind că toate aceste sentimente plăcute, reconfortante... vor continua să devină din ce în ce mai puternice... pe zi ce trece-.. întărindu-se chiar și atunci când dormi, pentru că inconștientul tău lucrează chiar și atunci în beneficiul tău... ".

Meditația orientată spre scop urmărește, de asemenea, întărirea sentimentului de sine al clientului, invitându-1 pe acesta să-și imagineze scenarii care prezintă realizarea unor

obiective terapeutice de etapă sau finale. Fac parte din aceste meditații proiecțiile în viitor, în cadrul cărora clientul se imaginează eliberat de problema care îl frământă în prezent. Importanța acestor meditații este susținută și de Matthews-Simonton și colab. (1980) care le includ în rândul setului de exerciții folosite în tratamentul bolnavilor de cancer pentru întărirea sistemului imunitar.

Araoz și Ncgley-Parker (1988) propun cinci tehnici considerate fundamentale *(mașter techniques)* în așa-numita *„noua hipnoză"* ce o propun, arătând că aceste tehnici s-au dovedit a fi eficiente într-o mare varietate de probleme și situații dificile, putând fi considerate echivalentele așa-numitelor „chei pentru soluții" *(skeleion keys)* descrise de către De Shazer (1985). Interesant de notat, în contextul actualei discuții, este faptul că, în esența lor, toate cele cinci tehnici (/. *Atingerea scopurilor; 2. Procesul schimbării; 3. Realizările anterioare; 4. Activarea unor părți ale personalității; 5. Viziunea pozitivă)* pot fi considerate intervenții care vizează întărirea eului. Majoritatea acestora sunt de altfel similare celor discutate deja în cadrul acestei secțiuni, excepție făcând cea de a patra *(activarea unor părți ale personalității),* care merită astfel o scurtă prezentare. Această abordare - de inspirație psihanalitică la origine - a fost elaborată de Watkins & Watkins (1994) și este utilizabilă cu precădere în cazul acelor clienți care oricum prezintă tendința de a se raporta disociat Ia diferite „părți" ale eului lor, recurgând la formulări de tipul: „Sigur că doresc să mă fac bine, dar este o parte în mine care parcă se opune" sau „Da, cu mintea știu și eu asta, dar ceva tot din mine mă face să mă îndoiesc". Recursul la această tehnică îi permite clientului, pe de o parte, să se accepte mai ușor, recunoscând că o însușire negativă sau alta, pe care și-o atribuie și care poate fi considerată răspunzătoare pentru problemele cu care se confruntă nu este un atribut al lui ca persoană, ci aparține doar unei părți a personalității sale, de care se poate disocia. Pe de altă parte, identificarea acelei părți a personalității, care este în stare să facă față problemei cu care se confruntă, îi permite persoanei să întărească și mai mult această parte și să învețe să o activeze ori de câte ori este nevoie de a exercita un control asupra problemei.

Prezentăm în continuare o intervenție structurată pentru întărirea eului, adaptată după Hawkins (1996), care face apel Ia așa-numita tehnică a „punții peste timp".

Metoda poate fi aplicată de la început pentru a pregăti clientul pentru confruntarea cu problema și pentru analiză.

Intervenția recurge la tehnica semnalizării ideomotorii (prezentată în cadrul tehnicilor hipnoanalizei), inducerea transei fiind precedată de alegerea degetelor care corespund răspunsurilor „DA", „NU" și „NU ȘTIU".

în continuare, se induce transa (prin indiferent ce metodă) după care clientul este invitat să evoce un succes, o realizare a Iui personală (o experiență pozitivă) anterioară debutului problemei actuale.

Se insistă pe o *reprezentare vizuală* cât mai vie a acestei amintiri, asupra sentimentelor de bucurie, de mulțumire și, în sfârșit, se trece la sublinierea faptului că, bineînțeles, clientul are multe asemenea amintiri, ceea ce înseamnă că în multe alte dați a putut să-și rezolve diferitele probleme și confruntându-sc cu ele, în final, a ieșit învingător, și că în toate aceste dați a putut simți aceleași sentimente de satisfacție, de mulțumire, de bucurie. Exact acele *resurse interioare* care înainte, de atâtea ori, l-au ajutat sâ-și rezolve problemele *îl pot ajuta și acum* să-și rezolve problemele cu care se confruntă la ora actuală și sigur, la nivel conștient poate fi derutat de faptul că,

deocamdată, se confruntă cu dificultăți, dar inconștientul lui poate ști încă de acum și va ști și el, în curând, că posedă sursele necesare de care are nevoie pentru a-și rezolva problemele.

„Iar atunci când inconștientul tău știe că dispune de resursele interne cu care poți rezolva problema, atunci degetul DA se vu ridica ușor."

în continuare, adresăm clientului invitația de a-și imagina un film sau *o* scenă în care altă persoană, imaginară sau reală, se confruntă cu o problemă asemănătoare cu a Iui.

„Acum îți imaginezi pe cineva, pe oricine dorești, poate fi o persoană pe care cunoști sau o persoană care există doar în imaginația ta, căreia (de exemplu) ii *este frică să treacă peste un pod {se* face trimitere la problema concretă a clientului 1 *și o să vezi cum se apropie tot mai mult de acel pod și o vezi cum devine din ce în ce mai neliniștită, mai tensionată pe măsură ce se apropie de pod, și persoana știe că deși trecerea peste pod îi generează neliniște, anxietate, mobitizându-și resursele interne va putea trece peste pod, o vezi mobilizându-și aceste resurse și continuându-și drumul, păși nd pe pod, stăpânindu-și neliniștea, și o vezi cum apropiindu-se de celălalt capăt al podului devine din ce mai sigură pe ea și poji citi satisfacția, mulțumirea, bucuria trăită în suflet pe chipul acestui om că această reușită de acum îl va ajuta data viitoare să treacă peste același pod făcându-și și mai puține probleme."*

Se poate continua pe două direcții, în funcție de răspunsul clientului:

1. în sttua{ia în care terapeutul consideră că nu are suficiente date asupra factorilor care întreține problema (când clientul este incapabil sâ relateze despre ele), îi vom spune :

„ Vom reveni acum asupra problemei tale și pentru că mi-ai spus că nu știi care este originea acesteia, mi se pare important să aflăm acest lucru și vom apela la inconștientul tău pentru a afla răspunsul. Atunci când inconștientul tău va ști care este cauza problemei tale, atunci degetul DA se va ridica ușor".

Dacă degetul pacientului se mișcă :

„ S-a întâmplat în viața ta un eveniment sau un grup de evenimente care sunt răspunzătoare pentru problema cu care te confrunți acum ? ".

Poate apărea un răspuns DA sau NU.
Dacă răspunsul este DA, continuăm cu următoarele întrebări:

„Evenimentele s-au întâmplat înaintea vârstei de 20 de ani ?
S-au întâmplat înaintea vârstei de 10 de ani ?
S-au întâmplat după vârsta de 7 ani ?
S-au întâmplat înaintea vârstei de 5 *de ani ? "* ctc.

După ce evenimentul a fost localizat:

„Acum lasă inconștientul tău să descopere acest eveniment care s-a petrecut la... ani și atunci când l-a găsit, degetul DA se va ridica. S-ar putea ca inconștientul tău să găsească potrivit să știi și la nivelul conștiinței ce s-a întâmplat și atunci, o dată cu ridicarea degetului, vei afla despre acest eveniment".

Se poate întreba după un timp :

„Acum știi despre ce este vorba ? ".

Indiferent că răspunsul este afirmativ sau negativ, se lasă timp pentru trăirea evenimentelor pe plan emoțional (dacă este cazul) sau pentru eventualele intuiții spontane, după care îi vom spune din nou clientului:

„Acum revezi din nou evenimentul pe scurt, și când ai terminat, degetul NU se va ridica. iar dacă acest lucru va fi potrivit vei fi conștient de tot ceea ce s-a întâmplat și îmi vei putea împărtăși ceea ce ai aflat, bineînțeles dacă vel aprecia că eu pot afla aceste lucruri".

Dacă răspunsul este NU, continuăm cu întrebarea:

„Mal există vreun eveniment despre care trebuie să știi pentru a-ți putea rezolva problema ?

2. In cazul în care clientul a evocat un eveniment traumatic se poate realiza o disociere de acesta, revăzând sau recapitulând evenimentele ca și cum ar privi un tilm (sugerând astfel câ nu clientul trăiește ceea ce se întâmplă, ci un alt personaj, el urmărind doar din postura spectatorului) sau se poate amâna discutarea până după revenirea din transă, dar totodată se poate discuta cu clientul și în timpul transei.

Dacă răspunsul este DA:

„Lasă-ți inconștientul să găsească evenimentul, evocă amintirea acestui eveniment, iar atunci, când inconștientul a găsit evenimentul, ridică degetul DA".

Se procedează astfel până când răspunsul este NU.

Dacă ședința se prelungește foarte mult se poate spune că Ia proxima ședință vom reveni la acest eveniment (la acest grup de evenimente).

La sfârșit, când am primit confirmarea că nu mai sunt alte evenimente, urmează întrebarea:

„Acum că am văzut care sunt evenimentele legate de problema ta, îți poate permite inconștientul să pășești în viitor fără această problemă ?".

Sau:

„Acum că ai revăzut aceste lucruri, poți să te eliberezi de problemă ?".

Dacă răspunsul este NU, se revine la sondarea acelor evenimente care ar putea fi răspunzătoare pentru problemă.

Dacă răspunsul este DA, continuăm în felul următor:

„Acum te rog să privești în viitor pentru a te vedea fără problema care te frământă acum. Iar atunci, când vei reuși acest lucru, degetul tău DA se va ridica pentru u-mi comunica și mie acest lucru... (Terapeutul așteaptă răspunsul, după care continuă spunând :) *E bine, te vezi deci acum în viilor, eliberatfă) de povara problemei care ii-a creat atât de multe neplăceri (alternative: suferințe, necazuri, supărări etc.) și po/i simți acea ușurare pe care ți-o dă gândul că ai reușit să rezolvi și problema asta. Și te poți simți atât de bine atunci, când știi că ai lăsat problema asta în urma ta, și te poți simți atât de bine acum, când știi că poți să rezolvi problema asta și când știi cât de bine te poți simți atunci când știi că ai rezolvat problema asta și știind că vindecarea este în plină desfășurare chiar acum, chiar dacă nu realizezi deocamdată acest lucru.*

Și pentru că vei dori să știi, probabil, data la care te vezi, eliberat (ă) de problemă, poți Ști că în spatele tău se află o tablă neagră, asemănătoare celor folosite în școli, pe care cineva a scris acea dată, cu cretă albă, și întorcându-te încet vei putea citi data de pe tablă...

așadar, întoarce-te încet pentru a vedea data... și atunci când o vei vedea... degetul tău DA se va ridica ușor... (Terapeutul așteaptă răspunsul, după care continuă spunând: *}Ebine, ai aflat acum data la care poți ști că ai lăsat în urmă problema care te frământă acum... și poate fi important să știi că data aceasta nu este cea la care îți vei rezolva problema, ci una ulterioară acesteia...".*

Dacă răspunsul DA întârzie să apară, terapeutul va putea continua prin:

„ Uneori data scrisă pe tablă apare neclar, caprin ceață, și este nevoie de puțin timp până când ne apare perfect lizibilă... nu trebuie decât să aștepți puțin ca să se clarifice... sau poți eventual ridica ușor mâna... și poți lăsa inconștientul tău să-ți comande mano... pentru a scr ușor în aer... data aceea...)

Și acum, în încheiere, inconștientul tău poate trece în revistă tot ceea ce a învățat pe parcu acestei ședințe, iar atunci, când a terminat, degetul DA se va ridica ușor... E bine... ".

Urmează revenirea din transă.

3,2. Hipnoanaliza*

Când Preud definea obiectivele psihanalizei prin luarea în stăpânire de către „Eu" (adică acea instanță a personalității care este accesibilă eforturilor de conștientizare) a teritoriilor peste care și-a extins dominația „Sinele" (considerat de întemeietorul psihanalizei pe deplin inconștient), nu făcea decât să circumscrie metoda, al cărei părinte era, în cadrul unui demers pe care azi l-am eticheta ca fiind cognitiv în esență. în secolul care a trecut de la apariția psihanalizei s-au iscat multe controverse pe marginea necesității luării la cunoștință a elementelor care își aduc aportul la conturarea unor probleme psihologice, respectiv a cunoașterii interacțiunilor complexe dintre aceste componente. Mai nou - întru câtva neașteptat - susținerea multora dintre tezele formulate de către reprezentanții școlilor psihodinamice vine tocmai din partea unor exponenți de marcă ai orientării cognitive. Astfel, Dowd (1997) afirma că, probabil, majoritatea cogniților care influențează comportamentul omului Sunt implicite, iar Ryle (1991) susține chiar necesitatea unei terapii „cognitiv-analitice". Mai mult chiar, Beck declară deschis că terapia cognitivă se inspiră (și) din psihanaliză (Beck, 2000), iar Ellis recunoaște influența exercitată asupra „terapiei comportamentale rafional-emoționale" de către autori precum Adler sau Homey (Ellis și Drydcn, 1997).

Este dificil de apreciat azi, în ce măsură mitul care susține că hipnoza ar permite accesul ia orice informație deținută - conștient sau inconștient - de către persoană, a stimulat eforturile depuse în vederea utilizării tehnicilor hipnoterapeutice cu scopul facilitării accesului la conținuturi (amintiri, convingeri, emoții etc.) inconștiente. Cert este însă faptul că, multe dintre metodele mobilizate sau special elaborate în acest scop s-au dovedit eficiente. Mai mult chiar, ele au făcut dovada faptului că pot contribui Ia asigurarea eficientei unor intervenții terapeutice chiar in condițiile în care nu sunt nici pe departe atât de atotputernice, precum s-a presupus odinioară și nici nu pot furniza date a căror acurateți poate fi garantată. Luate însă ca reflectări subiective ale realității clientului și supuse practic acelorași verificări pe care le aplicăm în cazul oricăror percepții relatate de către persoană, informațiile astfel formulate pot furniza psihoterapiei

Coautor: Liana Don

„materie primă" de o valoare greu de contestat. Semnificativă în acest sens este opinia lui Kroger (1977), care apreciază că, utilizată în tandem cu psihanaliza, hipnoza poale contribui la accelerarea procesului de dezvăluire a unor conţinuturi inaccesibile demersurilor conştiente care vizează descoperirea lor, permiţând astfel integrarea deplin conştientă a informaţiilor astfel relevate.

Reunite sub termenul generic de *„tehnici hipnoanalitice"*, aceste intervenţii şi-au ocupat locul în rândul metodelor hipnoterapeutice consacrate. Căutând o clarificare a raportului dintre aceste tehnici şi abordarea psihodinamică, Wolberg (1996) apreciază că hipnoanaliza ar putea reprezenta veriga de legătură între hipnoză şi psihanaliză, această lehnică - chiar dacă nu poate constitui un substitui pentru psihanaliză - putând fi totuşi utilizată în numeroase cazuri pentru a scurta procesul analitic. Autorul citat mai notează. cu titlu de regulă generală, şi faptul că ne putem aştepta la cel mai satisfăcător răspuns la hipnoanaliza tocmai din partea acelor clienţi care se dovedesc a fi cei mai dotaţi şi pentru psihanaliză, în timp ce pacienţii care prezintă tulburări caracteriale, psihoză ori nevroze compulsive grave vor opune, după toate probabilităţile, şi cea mai puternică rezistenţă faţa de intervenţie.

Wolberg consideră că hipnoanaliza ar trebui aplicată întotdeauna în contextul unei terapii de orientare analitică. Realităţile practicii hipnoterapeutice au extins însă în aşa măsură semnificaţia termenului, încât în numeroase cazuri acesta se aplică unor intervenţii indiscutabil clarificatoare, care sunt însă practicate pe baze teoretice dintre cele mai diferite, multe dintre ele foarte îndepărtate de concepţiile psihodinamice.

Un prim exemplu în acest sens îl constituie *„Metafora coridorului",* un exerciţiu conceput de Hunter (1988) în buna tradiţie a tehnicilor proiective, care, în intenţia autoarei, poate fi utilizat cu scopul facilitării accesului clientului la conţinuturi din propriul inconştient, fără a propune însă neapărat şi o analiză formală a celor relevate în urma intervenţiei (vezi Anexa 3). Vom ilustra rezultatele unei astfel de intervenţii, în cele ce urmează:

Client: *„Intrarea in transă s-a efectuat cu mare uşurinţă, relaxarea fiind foarte profundă, mi-au amorţit uşor mâinile. IM locul preferat eram pe un munte pe care mai fusesem în realitate in urmă cu un an şi-am auzit trecând un avion şi m-am întrebat: oare oamenii în ce direcţie merg ? O dată cu acest gând m-am trezit într-un hol de hotel parcă suspendat, atemporal şi lipsit parcă de spafialitate, cu toate câ-l puteam vedea foarte bine; eram supărată şi confuză, preocupată parcă de o pierdere şi-am început să urc nişte scări in spiralăde parcă de pe fiecare treaptă se deschideau coridoare şi asta mă enerva foarte tare, fiindcă mi se părea că nici unul nu este al meu, aşa că mi-am spus că trebuie să ajung până sus să le verific pe toate şi dacă nici unul nu este al meu atunci înseamnă că nu merit nici un coridor, dar când am ajuns sus, s-a deschis «coridorul meu» care nu avea tavan, era în conexiune parcă cu cerul şi ştiam că pot oricând să zbor în afara, lui, aşa că asta m-a liniştii foarte mult, cu toate că nu-mi era frică să calc pe coridor. Eram desculţă şi simţeam moliciunea covorului de petale pe care păşeam şi parcă simţeam şi rouă proaspătă şi mirosul ei. îmi puneam doar întrebarea : cum pot fi şi pe pământ şi în cer in acelaşi timp ? Uşile camerelor mă atrăgeau, erau de diferite forme, culori şi dimensiuni şi toate erau învăluite într-o lumină gulben-violet care părea magică. Simţeam că am să descopăr ceva deosebit. Practic mă atrăgeau toate uşile şi mă întrebam cum am să mă decid, prin care să intru ? Erau parcă uşi din toate epocile şi-am intrat brusc pe una, izbind-o de perete. Era un fum violaceu-albăstrui care. se ridica şi-am văzut un porumbel alb care a zburat spre mine. îmi spunea ceva şi eu nu-nţelegeam ce vrea să-mi transmită, dar era liniştitor. Am ieşit şi vroiam să văd mai mult, căutam «Problema» şi-am intrat în camera următoare, unde era un lac prin care a trebuit să înot ca să ajung la o*

cheie pe care am luat-o rapid, știind că mă va ajura foarte mult. Intrând în următoarea cameră, era o masă cu un stilou și un jurnal ale cărui foi se răsfoiau de la sine, dar dezordonat. Am început .16 plâng și încercam să folosesc cheia pentru oprirea sau ordonarea mișcărilor foilor. Asta mă neliniștea: că nu știam de fapt ce vreau să fac cu timpul, să-l dau înainte sau înapoi, sau poate să-l opresc. în același timp eram foarte precipitată să ajung în toate camerele, deși știu că nu puteam să fac acest lucru acum".

Terapeut: *„Ai cumva o problemă cu timpul ? ".*

Client: *„ Cel puțin una, mai ales în ultimul timp, dar este o poveste foarte lungă... Oricum, am început să zbor deasupra tuturor camerelor, probabil inconștientul meu a găsit o soluție pentru a mă mulțumi și parcă am văzut toată omenirea și asta mă mulțumea că puteam să cuprind totul dar în același timp mă nemulțumea că nu puteam să mă opresc undeva. De putut aș fi putut să mă. opresc, dar vroiam să cuprind mai mult".*

Terapeut: *„Ți se întâmplă acest lucru și în viața reală ? ".*

Client: *„Deseori am această senzație și mă nemulțumește, pentru că mi separe că nu pot face nimic total și serios. Și-atunci mi-am dai seama că, dacă zbor, este prea repede, dar dacă plutesc, pot să văd mai bine și să savurez mai bine ce se întâmplă, să înțeleg și mai ales că in plutire nu consum așa de multă energie și pot chiar să mă și odihnesc, nu-i așa, ce soluție bună mi-a dat inconștientul pentru problemele mele. Prin asta pol chiar și să devin mai indiferentă, ceea ce îmi doresc foarte mult să realizez. Cred că am descoperit ceva foarte important pentru mine astăzi, ce spui ?* ".

Terapeut: *„Asta cam așa este. Ce spui de porumbel ? ".*

Client: *„ Cred că e mesajul să fac pace cu mine însămi".*

Exerciții similare, propuse de autoare în volumul *Daydreams for Discovery* ar fi *„Călătorie la o stâncă",* respectiv *„Metafora muntelui".* în experiența noastră clinică am găsit utilă prelucrarea, după terminarea transei, a celor vizualizate de client în timpul exercițiilor, acest lucru fiind chiar necesar ori de câte ori persoana solicită acest lucru sau se arată derutată de anumite elemente produse de propria ci fantezie. Printre obiectivele acestei analize putam enumera discutarea semnificațiilor pe care clientul Ic atribuie ccior vizualizate, clarificarea conexiunilor ce pot fi evidențiate între problema concretă a persoanei și conținuturile relevate de intervenție, decriptarea unor obiecte sau personaje simbolice care au fost sesizate și identificate ca atare de către client, descoperirea acelor elemente, care pot fi interpretate ca resurse personale și sublinierea relevanței celor imaginate pentru rezolvarea problemelor personale. în ceea ce ne privește, apreciem că, în valorificarea terapeutică a acestui gen de intervenții, discutarea ulterioară a modului în care s-au desfășurat acestea deține o pondere cel puțin egală cu cea a exercițiului propriu-zis. Acest lucru este valabil într-o măsură și mai mare în situațiile în care intervenția nu relevă doar conținuturi necunoscute clientului, dar și *pattern-un* de organizare și prelucrare a experiențelor, a căror contribuție Ia dezvoltarea și menținerea problemelor clientului poate fi suspectată. Tată un exemplu de astfel de discuție purtată cu clientul după încheierea exercițiului *„Călătorie la o stâncă"* (prezentat în Anexa 6):

Client: *„Am intrat în transă după propria mea modalitate, ajungând într-un loc real care se referă la un deal plin de grâu verde și un joc de lumini-umbre, corespunzător focului soare-nori. Dintr-o dată peisajul s-a transformat total în iama dar pentru scurt timp, apoi s-a stabilizat la un peisaj de toamnă care era cadrat de un pârâu montan foarte rapid, îngust, unde nu a existat nici un fel de plajă, ci pârâul a intrat foarte brusc în subteran și acolo mi-am imaginat stânci, puțină apă, umezeală, o temperatură plăcută. Nu am reușii să identific nici un seif, pentru că erau lucruri naturale și le-am depozitat în crăpături, dar acestea nu se puteau închide. Nu m-a deranjat acest fapt. A apărut un coridor cu trei camere pe care de fapt*

le-am vizitat în metafora coridorului şi într-una nu puteam să intru în atrium. Nu am ajuns în atriumprin cameră, ci pur şi simplu m-am trezit acolo. Atriumul era un loc special asemănător cu o grotă, deforma rotundă, în mijloc erau nişte pietre aşezate asemănător unui loc de foc, ca o vatră, venea o lumină difuză radiat, nu era nimeni acolo, dar totuşi exista cineva, mai mult datorită faptului că mă gândeam la cineva, o persoană care însemna foarte mult pentru mine. Mă gândeam la acea persoană ca la un fel de consilier interior, sub forma unei decizii importante. Discutam într-un mod netradiţional despre ce anume ar putea să spună dacă aş dialoga cu el despre acest subiect şi asta a fost foarte liniştitor sentimental. Am încercat să fac un ocol, dar nu am avut timp, şi reîntoarcerea a fost foarte rapidă. Stânca o resimţeam ca pe o sursă de energie... era energie, dar era foarte rece şi mi s-a părut foarte contrariant să simt ceva foarte rece când am pus mâinile pe ea, dar această răceală nu venea de la mâini, ci de la picioare".

Terapeut: *„Descrie-mi mai amănunţit locul preferai".*

Client: *„Era un loc montan cu o pajişte cu iarbă înaltă care-mi ajungea până la piept, era un asfinţit enorm de mare, greieri care cântau o simfonie... la un moment dat mi-a venit senzaţia că, de fapt, nici nu sunt greieri, fiindcă erau foarte mulţi şi sunetul se auzea ia unison, o armonie perfectă".*

Terapeut: „ *Putem bănui că în vacarmul acela altceva nici nu mai auzi. Iarba te ascunde bine până aici* [indică nivelul pieptului], *greierii maschează sonorul, bănuiesc că inclusiv vocile din interior".*

Client: *„Nu".*

Terapeut: „ *Ce auzi din interior ?*".

Client: „ *Cum locul preferat se transformă în iarnă".*

Terapeut: „ *Un astfel de loc preferat este un loc foarte comod pentru că nu se vede nici o persoană, sau cel puţin ascunde orice altceva în afara acelui loc, greierii acoperă orice voce din exterior sau interior care ar putea transmite mesaje care te-ar putea întări... ".*

Client: *„Şi nu poate fi doar ceva pur şi simplu foarte frumos şi foarte important ? ".*

Terapeut: „ *Ba da, dar când omul alege un loc dintre mai multe altele, înseamnă că cel ales are ceva în plus... ".*

Client: *„Ceva ce celelalte nu au... ".*

Terapeut: *„Acesta poate fi un motiv. Periodic e bine să mai scoatem din funcţiune tot felul de mesaje ce ne-aufost inoculate şi deja s-au interiorizat şi să mai lăsăm să ne cânte greierii, dar ne vine şi ideea că este prea mult şi atunci intrăm în iarnă".*

Client: *«Frig mi-a fost doar la stâncă şi-atunci am hotărât că nu vreau... ".*

Terapeut: *„Deci iarna este foarte călduroasă (?)" •*

Client: „ *lama mie-mi place şi era foarte plăcută ".*

Terapeut: „ *Vegetaţia ?".*

Client: „ *Gheaţă şi metamorfoză... se leagă de trăirea reală de la acel loc pentru că atunci mi-am dat seama pentru prima dată de legătura profundă dintre viaţă şi moarte, naştere şi renaştere... pentru prima dată".*

Terapeut: *„Tot aşa cum este la fel de firesc ca după iarnă să vină primăvara. Şi filozofia ta, descoperită la o vârstă atât de fragedă, te ajută să-ţi dai seama că şi după iarna vine primăvara".*

Client: „ *Nu întotdeauna, bineînţeles ".*

Terapeut: *„De ce spui bineînţeles ? ".*

Client: *„Pentru că ciclul nu este liniar, se modifică".*

Terapeut: *„Dar nu se transformă în altceva, o mantie hibernală nu deplasează peisajul de la Ecuator la pol. Suprapunerea este doar parţială între lumea vegetală şi lumea reală. Crezi că în realitate vara este ceva efemer, pe când iarna poate fi definitivă ? ".*

Client: „ *Uneori, da ".*

Terapeut: *„Interesantă optică... originală*".

Client: *„Nici măcar".*

Terapeut: *„Te gândești că este așa cum spui ?",*

Client: *„Da".*

Terapeut: *„Bănuiesc că poziția tu wv hi bază observații empirice, de unde rezultă că poți da exemple de iarnă instalată o dată ; • i\ • a totdeauna... Dă-mi un exemplu...".*

Client: *„Lucrurile la care ținfoarn ;-,idi și le fac cu foarte mare efori să nu aibă nici un seris... și uneori lipsa de sens apare și pe parcurs ".*

Terapeut: *„Da, dar le continui... Nu ți s-a întâmplat să regăsești și calea inversă ?".*

Client: *„Bada".*

Terapeut: *„Dacă abandonezi un loc în ideea că iarna definitivă a pus stăpânire pe peisaj și nu mai revii niciodată acolo, atunci poți trăi tot restul vieții cu iluzia iernii pe care ai lăsat-o acolo și nu-ți dai seama niciodată că între timp a venit primăvara. Dacă vrei să afli în ce anotimp te afli în lumea vegetală, te poți uita pe calendar, dar calendarul care indică schimbările anotimpurilor vieții noastre reale este foarte greu de detectat și uneori este nevoie de alte repere decât cele calendaristice. Vestea bună este că în locurile importante rămânem inevitabil ancorați locului și tot crede/H că într-o bună zi iarba va crește din nou...".*

Client: *„Așaeste".*

Terapeut: *„Cum era cu absența seifului ?".*

Client: *„Mi se părea că nu este potrivit în acel spațiu, pentru că era nenatural... putea fi și o groapă mare acoperită cu o piatră... ".*

Terapeut: *„Deși era naturală, tot puteai să o închizi cumva, măcar cu o piatră... Este important ca grijile să stea acolo pentru 10 minute pentru a putea comunica cuiva ceva. Deci poți să le pui sau chiar Ic pui ?".*

Client: *„O să-ncerc să le pun... ".*

Terapeut: *„Discuția din atrium cum ai găsit-o ?".*

Client: *„ Ca și cum am regăsit ceva ce gândeam așa de foarte multă vreme, dar a rămas foarte mult în spate. Important, la urma urmei, este un anumit tip de relații cu oamenii și, dacă asta se poate realiza, atunci este O.K. Nu a fost un dialog, ci m-atn gândit doar".*

Terapeut: *„A fost un dialog pentru că, dacă nu, atunci nu ți-arfi șoptit discret. Dialogurile sunt de mai multe feluri: uneori ne dăm seama că le purtăm, alteori nu... și tocmai pentru că nu ne dăm seama că ne teleghidează altcineva, renunțăm la noi înșine și mergem pe direcția lui.,.".*

Client: *„Da".*

Terapeut: *„Deci a meritat să bați atâta drum până acolo. Aici este ceva ce trebuie să-ți dea de gândit: fără să-ți dai seama, când ți-ai lăsat problemele în crăpături, atunci tot ai pus un bolovan, pentru că nu și-au făcut de cap să iasă la iveală. Și uneori avem nevoie ca bolovanul să fie invizibil, pentru ca să avem curajul să-l urnim din loc și să-l putem pune".*

Client: *„... Da".*

Terapeut: *„ Ce faci când îți este frig și găsești undeva o vatră ?".*

Client: *„Fac focul... focul vieții ca să mă încălzesc și să-mi dezgheț viața, nu-i așa ?".*

Terapeut: *„Cam pe acolo... Cum a fost după exercițiu ?*".

Client: *„Bine".*

Un alt aspect, care necesită în opinia noastră subliniere, se referă la grija pe care trebuie să o acordăm acelor intervenții de acest tip, care nu s-au soldat cu rezultate „satisfăcătoare" pentru client. Ca hipnoterapeuți trebuie întotdeauna să avem în vedere faptul că nu toți clienții au un potențial imaginativ bine dezvoltat, ceea ce poate antrena *o* participare cu puține elemente vizualizate la un astfel de exercițiu. în astfel de situații, trebuie să ne asigurăm că persoana nu va contabiliza (și) rezultatele acestei intervenții la rubrica oricum voluminoasă a eșecurilor personale. O modalitate prin care putem realiza acest lucru este sublinierea faptului că, la un astfel de exercițiu, importantă este în orice caz participarea, arătând că astfel inconștientul a avut posibilitatea să vină în contact cu

acele conţinuturi, care sunt relevante pentru rezolvarea problemelor persoanei şi chiar dacă a apreciat că, pentru moment, nu este oportun ca ea să ia cunoştinţă de acestea, se va putea folosi implicit de ele în eforturile depuse în slujba schimbării în sensul dorit (si convenit împreună cu terapeutul).

Un aii exerciţiu, hipnoanalitic în esenţă, inspirat din scrierile lui Jung, csle cel al recursului la *„consilierulpersonal"* (denumit şi *„consilierul interior").* Principalul avantaj al acestei metode constă în faptul că îi permite clientului să-şi întărească propriile concluzii sau decizii, recurgând cu ajutorul imaginaţiei la „serviciile" de consilier ale unui personaj - real sau creat chiar de el - pe care îl investeşte cu încredere. Printre „consilierii" astfel invocaţi, ne putem întâlni cu personalităţi precum Einstein sau Freud, dar şi cu înţelepţi necunoscuţi sau cu animale prietenoase. Varianta pe care v-o prezentăm în cele ce urmează a fost elaborată de către Bresler şi Ulene, doi clinicieni de la Clinica pentru Tratarea Durerilor din cadrul Facultăţii de Medicină a Universităţii California (UCLA) şi a fost integrată de Simonton şi colab. (1980) în programul lor destinat asistenţei psihologice a bolnavilor de cancer. Este de la sine înţeles că tehnica poate fi adaptată pentru a fi utilizată în cadrul oricărei intervenţii hipnoterapeutice, şi nu doar în munca cu pacienţii afectaţi de durere sau de cancer.

„ 75? imaginezi într-un mediu care te umple de căldură... de linişte... de sentimentul confortului... şi al respectului falâ de tine însuţi/însăţi... Poţi căuta între amintirile tale... pentru a găsi acest loc... sau poli să li-l creezi tu însuti/însăli... Şi concentrează-ţi atenţia asupra detaliilor acestui loc... pentru a le putea simţi cu toate simţurile... pentru a avea cât mai pregnant sentimentul că te afli acolo... Şi uitându-te de jur împrejur... undeva aproape de tine... vei putea sesiza o potecuţă care se pierde departe, în zare... Şi când ai descoperit-o... porneşte la plimbare de-a lungul ei... păşeşti deci pe această cărare. • • plimbându-te în voia ta... în ritmul tău... până când, deodată, vei sesiza în depărtare... o strălucire albăstruie, care, încet, se apropie de tine... fără a fi câtuşi de puţin înfricoşătoare... Şi pe măsură ce te apropii din ce în ce mai mult... realizezi că în realitate este o fiinţă vie... poate o persoană pe care o cunoşti... poate un animal prietenos... şi te rog să observi cât mai bine această fiinţă... pentru a sesiza cât mai multe detalii legate de ea... Caută să-i determini sexul... străduieşte-te să-i vezi cât mai clar trăsăturile feţei... pârul... ochii... constituţia... Caută să o vezi atât de clar... cât este posibil... Iar dacă această fiinţă îţi generează sentimente de căldură... linişte- • • şi siguranţă... poţi şti că te-ai întâlnit cu consilierul tău personal/ interior... Şi ştiind asta... întreabă-ţi consilierul cum se numeşte... Aşteaptă aşadar răspunsul... iar după ce l-ai primit... roagă-l să le ajute în rezolvarea problemei cu care te confruntţi... Angajează-te mai departe într-o discuţie cu consilierul tău... discută cu el problemele, necazurile cu care te confruntţi... ca şi când ai discuta cu un prieten foarte apropiat... Şi adresează-i consilierului tău personal... acele întrebări referitoare la persoana ta... sau la problema ta... la care doreşti să afli răspunsul... Şi concentrează-ţi toată atenţia asupra răspunsurilor pe care ţi le dă... şi care pot fi formulate verbal pe parcursul discuţiei... sau sub forma unor gesturi simbolice. de exemplu arătându-ţi vreun un obiect... sau piaumdu-ţi în faţă vreun lucru... Asigură-te că reţii tot ce ţi-a spus sau ţi-a arătat- • ştiind că, dacă nu ai înţeles pentru moment tot ce ţi-a spus... te vei putea gândi ulterior... şi vei putea găsi sensul... înţelesul profund al celor comunicate... şi atunci când ai primit răspuns la întrebările care te frământau... îmi vei putea comunica şi mie acest lucru prin ridicarea uşoară a degetului... [aşteptăm răspunsul ideomotor, pe care îl ratificăm continuând cu] *e bine, ai aflat deci un răspuns la întrebările care te frământau... iar acum, mulţumeşte-i consilierului pentru răspunsurile date... şi înţelege-te cu el cum veţi putea intra din nou în legătură... pentru a putea discuta din nou... pentru a-iputea solicita şi în alte daţi răspunsurile la întrebări la care doreşti să primeşti un răspuns competent... Iar atunci Când v-aţi înţeles cum vă veţi întâlni din nou... ia-ţi rămas bun de la consilier şi pregăteşte-te să revii aici... în această încăpere... pe acest scaun...*" (Adaptat după Simonton *el al.,* 1980, pp. 207-209)

Autorii recomandă să atragem atenția clienților să nu tîe descurajați dacă nu își întâlnesc chiar de la prima încercare (sau primele încercări) consilierul personal, având în vedere faptul că, de multe ori, contactul se stabilește doar după mai multe căutări. Putem, de asemenea, preveni clienții că nu întotdeauna „apare" în cadrul primei/primelor intervenții personajul la care se așteptau. Acesta va fi inevitabil cineva în care au în mod efectiv încredere, și nu un personaj investit cu o autoritate doar formală. Atunci când se ivesc astfel de cazuri se poate discuta chiar pe marginea posibilității ca o parte din dificultățile întâmpinate în luarea deciziilor sau în asumarea unor poziții personale să vină din faptul că, din variate motive, clientul a fost nevoit să asimileze punctul de vedere al unor „autorități" a căror competență o contesta în sinea lui.

O categorie de intervenții hipnoanaliticc prin excelență este definită de recursul la răspunsurile ideodinamice ale persoanei. Inițiatorul acestor tehnici poate fi considerat LeCron, care utiliza pendulul Iui Chevreul pentru a obține răspunsuri, de tip „Da", „Nu", „Nu știu", sau „încă nu sunt pregatit(ă) să aflu răspunsul" din partea inconștientului, la răspunsuri țintite ale terapeutului, respectiv ale persoanei înseși. Tehnica folosită de LeCron este în esență simplă: înainte de a trece la „interogatoriul" propriu-zis, se identifică pentru flecare tip de răspuns o anumită mișcare a pendulului (înainte-înapoi, slânga-dreapta, rotire în sensul acelor ceasornicului sau rotire în sens opus acelor ceasornicului), prin care inconștientul preferă să-și comunice răspunsurile de acel tip (de exemplu : mișcare inainle-înapoi, pentru răspunsurile „Da"). După ce s-a convenit asupra semnificației diferitelor mișcări ale pendulului, urmează secvența hipnoanalitică propriu-zisă, în care se adresează întrebări țintite de tipul: „Există în trecutul tău vreun eveniment care contribuie la problema cu care te confrunți acum? " ; „Acest eveniment s-a petrecut cu mai mult de 10 ani în urmă ? " ; „Cu mai mult de 20 de ani ? " ; „Cu mai puțin de 15 ? " ; „S-a întâmplat acum 16 ani ? " ; „ 17 ? "; „Inconștientul tău apreciază că ar trebui să fii conștient(ă) de acest eveniment pentru a putea să-ți rezolvi problema actuală?". După fiecare răspuns, comunicat prin intermediul mișcării pendulului, se ratifică răspunsul („Da, pendulul se mișcă înainte-înapoi, deci inconștientul tău apreciază că s-a petrecut un eveniment, cândva în trecutul tău, care contribuie la problema ta actuală. Să vedem deci, când s-a petrecut acest eveniment..."), se oprește pendulul și se adresează întrebarea următoare. Ratificarea răspunsului este importantă din cel puțin două considerente. Primul se referă la faptul că, uneori, clientul nu sesizează conștient că s-a produs mișcarea sau care este sensul acesteia. în al doilea rând, ratificarea îi confirmă clientului că răspunsurile furnizate de inconștientul lui sunt urmărite cu atenție de către terapeut.

Referindu-se la bazele recursului Ia răspunsul ideodinamic pentru sondarea inconștientului, LeCron (1970) notează că, atunci când persoana se află în transă hipnotică, inconștientul pare a se apropia în mai mare măsură de suprafața funcționării conștiente sau uneori chiar de a domina în bună parte gândurile de care avem cunoștință. Yapko (1990) apreciază că manifestările reunite sub termenul generic de *„răspunsuri ideodinamice"* reprezintă de fapt nivelurile la care se manifestă *funcțiile automatizate* ale persoanei umane. Acestea au la rândul lor menirea de a elibera instanțele conștiente de sub povara obligației de a exercita control asupra unui set al manifestărilor comportamentale și de a Ie permite astfel să se consacre coordonării proceselor de nivel superior. în funcție de forma concretă pe care o îmbracă, răspunsurile ideodinamice pot fi grupate în ideomotorii, ideosenzoriale sau ideoafective. Dintre acestea, cele mai des utilizate în hipnoză sunt cele dintâi, care pot fi considerate veritabile manifestări fizice

ale proceselor mentale. Cu alte cuvinte, *răspunsurile ideomotorii* suni reacţiile inconştiente ale corpului uman la gândurile (amintirile, emoţiile etc.) persoanei. Expresia cea mai structurată a răspunsurilor ideomotorii este reprezentată de aşa-tiumitul *„limbaj al trupului" (body language),* care însumează într-un *patlern* congruent o multitudine de astfel de reacţii, din care luate în parte, fiecare este de regulă atât de discret, încât trece de cele mai multe ori neobservat de către persoană.

Intensitatea aproape subliminală a reacţiilor ideomotorii nu împiedică însă sesizarea acestora de către observatorul atent sau chiar de către persoana însăşi, cu condiţia să fie avertizată asupra producerii lor şi a semnificaţiei ale cărei purtătoare sunt. Această posibilitate este exploatată de către recursul hipnoterapeutic Ia răspunsurile ideomotorii, care îşi propune facilitarea acestor reacţii involuntare ale persoanei, pentru a le putea subordona obiectivelor diagnostice şi terapeutice.

Metoda oarecum anevoioasă a pendulului a fost înlocuită de către Rossi şi Cheek (1988) prin cea a semnalizării cu ajutorul mişcării involuntare a degetelor mâinii. Diferenţa faţă de abordarea propusă de LeCron constă în desemnarea mişcării involuntare a unor degete ale clientului ca vehicul al răspunsurilor inconştiente. în acest caz, inconştientul persoanei este invitat să aleagă, în cadrul, primei secvenţe a intervenţiei, degetele prin mişcarea cărora „doreşte" să comunice diferitele tipuri de răspuns. Putem ilustra demersul, prin următorul exemplu:

„ *Inconştientul tău cunoaşte de multe ori lucrurile pe care în mod conştient le-ai uitat sau chiar pe cele pe care nu le-ai ştiut niciodată în mod conştient. Şi pentru a avea acces Ui aceste informapi, pofî apela la degetele tale, care îţi vor putea transmite răspunsurile furnizate de inconştient. In acest scop, trebuie să găsim mai întâi acel deget, prin ale cărui mişcări involuntare inconştientul tău iţi va putea comunica răspunsurile sale «Da». Repetă aşadar de câteva ori în gând «Da»... «Da»... «Da»... sau gândeşte-te Ui o întrebare la care ai răspunde cu un «Dă» foarte ferm... şi concentrează-ţi atenţia asupra degetelor, pentru a vedea care dintre ele se mişcă uşor... abia perceptibil... Aşteptăm cu răbdare să se producă mişcarea... alegerea s-ar putea să dureze puţin... câteva secunde bune... chiar un minut sau două... uneori se întâmplă chiar, ca în loc de mişcare, să simţi o senzaţie aparte într-unui dintre degete... poate ca atunci când degetul îţi este tras în sus de o coardă subţire ataşată de el... şi atunci când simţi că degetul s-a mişcat... sau că a apărut o senzaţie distinctă de ceea ce simţeai înainte... sau de ceea ce simţi în celelalte degete... degetul se va ridica uşor...* [Se aşteaptă ridicarea degetului, după care se ratifică răspunsul apucând uşor degetul şi zicând:] *Acesta este deci «degetul Da», adică degetul prin care inconştientul tău ne va comunica răspunsurile sale afirmative..."* [după care terapeutul apasă uşor degetul clientului, pentru ca acesta sâ revină în poziţia iniţială].

Se continuă în acelaşi fel pentru a identifica degetele „Nu", respectiv „Nu ştiu" (sau, după preferinţă, „Nu sunt pregătit pentru a afla răspunsul"). După ce, rând pe rând, degetele au fost identificate şi alegerile ratificate, se testează acurateţea sistemului de comunicare:

„E bine, ştim acum care sunt degetele prin care inconştientul tău urmează să ne comunice răspunsurile sale, pe care noi le aşteptăm... înainte de a-i adresa însă întrebările importante, este recomandabil să ne convingem că într-adevăr se mişcă degetele care se potrivesc cu răspunsurile... acum îţi voi adresa câteva întrebări simple... şi tot ce trebuie să faci este să aştepţi ca degetele să se mişte,., este important să laşi ca acest lucru să se întâmple de la sine... Să vedem deci... Este adevărat că te afli în această încăpere ?... Aşteptăm acum răspunsul ideomotor... Da, e bine... Ai simţit deci că s-a mişcat degetul tău "Da»... şi asta

înseamnă că degetul «Da» funcţionează corect... Să vedem acum daca şi celelalte degete răspund la fel de corect..." [Se continuă în acelaşi fel, adresând clientului într-o alternanţa aleatoare câteva întrebări, al căror răspuns este cu siguranţă afirmativ sau negativ].

După această operaţiune de verificare, urmează adresarea întrebărilor considerate ca relevante de către terapeut, după modelul pe care l-am prezentat deja pe marginea intervenţiei care recurge la pendulul lui Chevreul.

Rossi şt Cheek (1988) apreciază că semnalele ideomotorii sunt întotdeauna repetitive şi de multe ori atât de discrete, că le putem detecta doar sesizând mişcările vibratorii abia sesizabile ale tendoanelor care duc la degetul în cauză. Autorii propun de altfel un criteriu tristadial pentru accesarea validităţii semnalizării ideomotorii:

- Memoria emoţională şi fiziologică, manifestate sub forma unor modificări ale respiraţiei, pulsului sau ale reacţiilor emoţionale, preced mişcarea degetului.
- Apariţia semnalului ideoinotor indică accesarea amintirii la un nivel inconştient şi se produce, de regulă, la doar câteva secunde după modificările care trădează apariţia memoriei emoţionale şi fiziologice.
- Raportarea verbală urinează doar după producerea acestor indicii fiziologice şi ideomotorii ale accesării interioare a conţinuturilor încărcate de semnificaţie. Cu cât experienţa evocată este mai gravă, cu atât mai multe repetări ale procedurii vor fi necesare pentru a *o* evoca în întregime.

Fromm şi Nash (1997) prezintă la rândul lor un număr de tehnici hipnoanalitice clasice. Una dintre acestea este reprezentată de inducerea hipnotică a viselor în cadrul şedinţei terapeutice. Autorii văd în această posibilitate unul dintre marile avantaje deţinute de hipnoză în comparaţie cu psihanaliza: astfel clientul îşi poate relata imediat visul terapeutului, prevenind astfel uitarea lui, lucru care se întâmplă, pe de altă parte, frecvent în cazul viselor nocturne. De altfel, cel puţin o parte din aceste vise induse hipnotic prezintă caracteristici şi structură asemănătoare cu cele ale viselor nocturne, care se dezvoltă spontan. Nu este inai puţin adevărat nici faptul că o categorie dintre aceste vise se apropie mai mult de reveriile diurne ale persoanei, în timp ce altele nu ar putea fi diferenţiate cu suficientă acurateţe de producţiile autentice, inai mult sau mai puţin elaborate, ale fanteziei. Alt avantaj ar consta în faptul că terapeutul îi poate solicita asociaţii clientului aflat încă în transă, adică într-o stare care poate fi considerată mai apropiată de straturile inconştiente decât vecinătatea ce poate fi realizată în condiţiile stării de veghe. în sfârşit, putem menţiona printre beneficiile rezultate din inducerea hipnotică a viselor şi pe acela al prevenirii distorsionării, prin elaborările de ordin secund, a conţinuturilor relevate.

Tehnica propusă de Fromm şi Nash (1997, p. 173) pentru inducerea viselor în cadrul şedinţei de hipnoză are la bază sugestia deschisă, formulată la modul permisiv:

„Te afli acum in transă, dar te poţi cufunda şi mai profund într-o stare vecină cu somnul. Şi atunci când starea aceasta va fi suficient de profundă pentru a putea visa un vis foarte asemănător cu visele pe care le visezi noaptea, degetul tău se va ridica pentru a-mi comunica şi mie acest lucru, iar arunci când visul se va termina, degetul va coborî din nou de la sine, comunicându-mi şl mie că visul s-a termiimt".

Pentru a nu tulbura visul, terapeutul păstrează o linişte desăvârşită până la apariţia semnalului ideomotor care îi confirmă încheierea visului. Acest lucru este considerat cu atât mai important de către autori, cu cât se consideră că, asemeni viselor nocturne, şi

cele induse hipnotic sunt „traduse" cu precădere în limbajul mecanismelor primare, proces care ar putea fi perturbat de mesajele verbale emise de către terapeul. înainte de a reveni din transă, clientul este invitat sâ-şi relateze visul şi să facă asociaţii pe marginea lui. Interpretarea, rezultată din colaborarea dintre client şi terapeut, se face tot în condiţiile rămânerii clientului în transă. După revenirea clientului sunt reluate cele trei secvenţe (relatarea, asociaţiile şi interpretarea), pentru a vedea dacă apar diferenţe semnificative, acestea putând indica zone specifice de conflict.

De Benediltis (1996) concepe inducţia hipnotică a viselor sub forma unei intervenţii alcătuite din următorii nouă paşi:

1. Inducerea şi aprofundarea transei.
2. Inducerea unui somn natural uşor.
3. Pacientul, „adormit" în continuare şi rămas în contact cu terapeutul, este instruit să aibă un vis plăcut, interesant.
4. Clientul urmează să informeze terapeutul asupra terminării visului prin emiterea unui semnal ideomotor. După câteva minute petrecute în tăcere, persoana „se va trezi", îşi va aduce aminte cu claritate de visul avut şi va fi pregătită să-l relateze terapeutului cât de repede posibil.
3. In cazul în care clientul eşuează în a produce un vis „real", sugestia este repetată pe parcursul mai multor şedinţe. De fiecare dată, sugestia este modificată uşor pentru a evoca într-o măsură din ce în ce mai mare produse mentale asemănătoare cu visele nocturne. Pe parcursul acestui demers, visele evocate se deplasează progresiv dinspre manifestările proceselor secundare înspre cele caracteristice mecanismelor primare.
6. Uneori, clientul este invitat să-i relateze terapeutului visele chiar înainte de a reveni din transa profundă, pentru a evita interferenţa cu cenzura exercitată de procesele secundare care se activează o dată cu revenirea la starea de veghe. Se poate opta, totodată, pentru prelucrarea (interpretarea) viselor în condiţiile menţinerii clientului în starea de transă, până când acesta devine capabil să analizeze travaliul oniric în mod deschis, în stare de veghe şi să se confrunte cu conflictele care deseori sunt asociate - şi astfel relevate - de conţinutul viselor.
7. In general, alternarea stărilor de somn, visare şi trezire arc darul de a aprofunda transa. In paralel, se poate constata o schimbare progresivă a caracterului viselor, care uneori dobândesc un spor de realism, pe când, în alte daţi, includ în mai mare măsură caracteristicile viselor naturale, incluzând elemente precum simbolizarea, deplasarea, metaforele etc. în această etapă, clientul începe să sesizeze semnificaţia viselor sale.
8. După terminarea celui de al treilea sau al patrulea vis, clientul poate fi instruit să adoarmă, să viseze şi să relateze chiar în timp ce visează cele ce se petrec în visul său. Se mai adaugă sugestia că îşi va aduce aminte de anumite părţi ale visului, că le va înţelege şi le va utiliza.
9. In cazul în care lucrăm cu un client mai puţin receptiv, îl invităm mai întâi să relateze un vis nocturn pe care l-a avut recent şi, după ce am indus transa, îi sugerăm să viseze din nou acele elemente ale visului, pe care le-a uitat. El poate visa din nou sau rcevoca în fantezie visele sale nocturne, modificând, de exemplu, locaţia acestora sau personajele etc. Conflictele, motivele şi îngrijorările devin astfel mai uşor recognoscibile. O bună pane din aceste informaţii noi sunt furnizate clientului aflat în transă, urmând a fi rediscutate după revenirea la starea de veghe.

Hipnoza mai poate fi folosită și pentru a formula sugestii posthipnotice in vederea evocării unor vise uitate, tehnică deosebit de utilă mai ales în cazul acelor clienți care reclamă incapacitatea de a-și aduce aminte de vise pe care ei înșiși le caiifică ca fiind foarte importante. Fromm și Nash (1997) propun următoarea sugestie pentru realizarea acestui scop:

„înainte de a reveni din transă, este important să știi că, atunci când data viitoare te vei așeza din nou pe acest scaun, îți vei aduce aminte ca din senin de un vis pe care l-ai avut într-una din nopțile dintre întâlnirea noastră de azi fi cea de data viitoare. Și vei deveni capabilfă) să-mi relatezi acest vis pentru ca împreună să-t putem analiza, dar până atunci, până la proxima noastră întâlnire, vei uita că ți-am spus acest lucru" (op. cit., p. 172).

O altă metodă clasică a hipnoanalizei, prezentată de Fromm și Nash (1997), este așa-numita „tehnică a teatrului". înrudită întru câtva cu psihodrama moreniană, prin faptul că persoana recurge la o reprezentare scenică a problemelor și conflictelor sale, metoda este totuși distinctă de aceasta, cele două forme de intervenție recurgând la ingrediente terapeutice ce diferă în esența lor. Tehnica teatrului trebuie diferențiată și de așa-numita .hipnodramă", o intervenție catartică în esența ei, care solicită clientului aflat în transă profundă interpretarea propriu-zisă a unor scene cu încărcătură dramatică intensă.

„Vei merge acum la teatru pentru a vedea o piesă importantă despre... [denumirea problemei/simptomului cu care clientul se confruntă]. *S-ar putea ca pentru început să nu realizezi cum anume piesa pe care o urmărești se leagă de problema cu care te confrunți, dar este important pentru tine să știi că cele două se leagă. Vei fi capabit(ă) să urmărești piesa cu foarte mare interes și să mi-o descrii așa cum ea se desfășoară în scenă.* [Spunând asta terapeutul ajută clientul să devină autorul și producătorul piesei de teatru care în mod natural structurează stimulul nestructurat («piesa») în conformitate cu propria personalitate.] *Este posibil ca, asemeni celor mai multe piese de teatru, și aceasta să aibă trei acte... De obicei, în primul act facem cunoștință cu problema sau conflictul care se află în centrul acțiunii... iar în al doilea act, urmărim cum acest conflict se dezvoltă, cum evoluează... sau chiar cum se amplifică până la criză... și în sfârșit, în al treilea act, se ajunge la o rezolvare a problemei... Piesa ta poate fi construită și ea după acest model, dar acest lucru nu este obligatoriu... adevărul este că nu putem ști acest lucru dinainte... Ești cât se poate de emoționat(â) și entuziasmai(ă) de această piesă, așteptând cu nerăbdare ca să o pofi vedea... așa cum și eu aștept cu nerăbdare să aflu ce se întâmplă în piesa ta... în sfârșit luminile din sală încep să pălească și poți ști că, dintr-un moment în altul, cortina se va ridica... Și poți privi cum încet, treptat cortina se ridică, dezvăluind ceea ce se întâmplă pe scenă... da, poți vedea ceea ce se întâmplă pe scenă, în piesa ta de teatru... și în timp ce acțiunea piesei se derulează... îmi vei putea descrie și mie ceea ce se întâmplă... privește deci... și povestește...*" (Adaptat după Fromm și Nash, 1997, pp. 183-184)

La terminarea „reprezentației" se discută și se analizează piesa de teatru vizualizată ie către client și modul în care diferitele secvențe ale acesteia pot fi puse în legătură cu rroblema clientului, respectiv în care cele „văzute pe scenă" prezintă relevanță pentru rssursele de care dispune persoana și modul în care ne putem aștepta în mod efectiv să-și czolve conflictele.

Alte tehnici hipnoanalitice, Ia a căror prezentare suntem nevoiți să renunțăm din : imsiderente de spațiu, ar fi tehnica globului de cristal, tehnica oglinzii, puntea afectivă, jrierea și desenul automat, imaginarea norului etc. Exercițiul recadrării, prezentat r.ir-o altă secțiune a acestei lucrări conține, de asemenea, elemente hipnoanalitice.

în lucrarea sa clasică, Kroger (1977) recomandă ca intervenţiile hipnoanalitice să fie precedate de un antrenament pentru hipnoză, autohipnoză şi alte fenomene legate de starea de transă profundă, autorul considerând - exagerat. în aprecierea noastră - că aceasta ar necesita cel puţin 20 de şedinţe pregătitoare de hipnoză. Kroger menţionează următoarele criterii, a căror îndeplinire la sfârşitul pregătirii reprezintă condiţia recursului la hipnoanaliză:

1. Clientul trebuie să fie capabil să intre în transă ca răspuns la un semnal posthipnotic sau prin autohipnoză.
2. Clientul trebuie să fie capabil să răspundă cu promptitudine la sugestiile post-hipnotice, mai ales la cele care produc amnezia sau re gresia de vârstă.
3. Clientul trebuie să prezinte capacitatea retrăirii unor amintiri de mult uitate.

De altfel, Kroger apreciază că oricine care poate fi hipnotizat poate fi supus teoretic hipnoanalizei, cei mai buni subiecţi pentru intervenţiile de acest tip fiind însă acele persoane care se dovedesc a fi capabile să atingă niveluri mai profunde ale transei. Autorul citat recomandă hipnoanaliză cu precădere în cazul clienţilor psihonevrotici, fobiei şi compulsivi, al celor slab motivaţi pentru terapie (de exemplu psihopaţii), al alcoolicilor şi dependenţilor de narcotice, al persoanelor obeze refractare la tratament. Printre contraindicaţi enumera persoanele anxioase, cu mecanisme defensive caracterologice slab reprezentate, pacienţii maniaco-depresivi. în ceea ce priveşte posibilitatea de a utiliza hipnoanaliză cu pacienţi psihotici cronici, Kroger lasă întrebarea deschisă, citând atât opinii pro, cât şi păreri care susţin în mod deschis că, la această categorie de persoane, demersul ar fi chiar periculos.

în încheierea acestei secţiuni, considerăm util să subliniem recomandarea formulată de Kroger (1977), care susţine că, pentru hipnoanaliză persoanelor capabile să intre într-o transă suficient de profundă şi să dezvăluie conţinuturi cu încărcătură emoţională crescută, este nevoie de serviciile unui hipnoterapeut competent şi format temeinic. Pentru acest gen de intervenţii, ani adăuga, este important nu doar ca terapeutul să facă dovada stăpânirii cât mai desăvârşite a tehnicilor hipnotice, ci să fie în egală măsură capabil să prelucreze psihoterapeutic, împreună cu clientul, conţinuturile relevate. Cunoştinţele psihodinamice sunt în acest sens nu doar recomandabile, ci chiar necesare. Apreciem, în egală măsură, că în asigurarea acestui nivel al competenţei, experienţa clinică şi hipnoterapeutică în general, respectiv acest tip de intervenţii în particular, joacă un rol hotărâtor. Deşi nu suntem de părere că tehnicile hipnoanalitice ar fi periculoase în sine, recomandăm chiar hipnoterapeuţilor cu oarecare experienţă în domeniul aplicării hipnozei, dar mai puţin familiarizaţi cu tehnicile hipnoanalizei, sa practice primele intervenţii de acest gen doar după ce şi-au asigurat o supervizare corespunzătoare.

3.3. Recadrarca

Recadrarca *(refmming)* constituie unul dintre cele mai importante instrumente ale psihoicrapiei, în general, şi hipnoterapiei, în particular. Ca metodă, a fost elaborată de Bandler şi Grinder şi reprezintă o intervenţie structurată, desfăşurată în mai multe secvenţe succesive.

Filozofia care stă la baza recadrării reprezintă probabil una dintre cele mai solide punţi între concepţia psihanalitică şi abordarea prin hipnoză a problemelor clientului. Bandler şi Grinder (1981) recunosc că punctul de pornire în elaborarea metodei recadrării l-a constituit noţiunea freudiană de *„substituire a simptomului"* şi implicit recunoaşterea faptului că înlăturarea simptomelor poate genera înlocuirea acestora cu noi simptome, chiar dacă

întemeietorii programării neurolingvistice refuză ideea universalității acestui fenomen. Autorii sunt însă de acord că, cel puțin în unele cazuri, simptomele „funcționează", adică îndeplinesc un anumit rol în economia psihică a persoanei (Bandler și Grinder, 1990), furnizându-i acesteia un anumit *„beneficiu secundar"*, de a cărui existență „beneficiarul" nu este însă conștient.

După cum remarcă și Beletsis (1989), noțiunea de recadrare implică existența prealabilă a unui cadru care presupune atașarea unei anumite interpretări de o manifestare comportamentală etichetată ca „simptom". Conform acestei optici inițiale, simptomul este definit ca o manifestare problematică, dezadaptată, ca ceva care „lucrează" împotriva interesului persoanei.

Bandler și Grinder (1981) sunt însă de părere că această interpretare are la bază confuzia dintre *semnificație* și *scop,* răspunsurile simptomatice părând a fi într-adevăr lipsite de sens, dar nu și de scop. Autorii citați consideră că aparenta lipsă de sens a comportamentelor etichetate ca simptome provine din faptul că ele sunt rupte de contextul inițial în care s-au dezvoltat și în care puteau într-adevăr părea ca „inteligente". Detașându-se însă de circumstanțele în care s-au dezvoltat și în care și-au probat pentru întâia oară eficiența, ele continuă să pennită realizarea acelor obiective ale persoanei, în slujba cărora se află, dar și-au pierdut acea imagine de „adecvare situațională" avută la origine. Astfel, funcția pe care aceste simptome o îndeplinesc în viața ei poate scăpa chiar persoanei, care nu va înțelege că „dezadaptarea" generată de simptome nu este decât prețul plătit pentru a realiza pe un alt plan al existenței, o adaptare apreciată ca pe deplin satisfăcătoare. într-un exemplu prezentat în cartea *Frogs into Princes,* Bandler vorbește despre o femeie care preferă să rămână obeză, temându-se că, dacă ar slăbi și ar deveni implicit mai atrăgătoare, ar risca să fie asaltată de admiratori, cărora nu ar putea să le reziste, periclitându-și astfel căsnicia. însuși faptul că simptomele persistă dovedește fără putință de tăgadă, în opinia lui Bandler și Grinder (1990), că ele sunt funcționale. Mai mult chiar, autorii afirmă răspicat că atât psihoterapia, cât și hipnoza, și-ar limita în mod inevitabil posibilitățile de intervenție, dacă și-ar propune să se războiască cu simptomele, întrucât clienții nu prezintă sorți de izbândă în lupta cu propriul lor inconștient. Recadrarea înseamnă, dimpotrivă, înțelegerea faptului că simptomele servesc cauza clientului, chiar dacă forma la care recurg este una pe care persoana nu ar aprecia-o ca fiind reprezentativă pentru ea.

Dincolo de realizarea acestei schimbări de atitudine față de simptome, recadrarea ca formă de intervenție structurată vizează un obiectiv dublu. Terapeutul angajat în acest demers își propune să asiste clientul în eforturile depuse de către acesta, pe de o parte în vederea identificării acelor beneficii, pe care le realizează cu ajutorul comportamentului său problematic, iar pe de alta, pentru a găsi comportamente sau modalități alternative de a reacționa, care dincolo de faptul că pot fi calificate de către persoană ca fiind mai compatibile :u imaginea sa despre sine, cu sistemul său valoric, cu expectațiile anturajului față de ea sau :ă implică „prețuri" mai mici, îi permit acesteia în continuare accesul la aceleași beneficii. Aplicând principiul recadrării, hipnoza, în mai mare măsură decât oricare altă formă de psihoterapie, își exprimă grija față de asigurarea acelor condiții ale schimbării, care pot fi considerate acceptabile de către persoană. în cadrul acestei intervenții, terapeutul adoptă o atitudine ericksoniană tipică, definită de către Lankton & Lankton în următorii termeni: „A •orbi pe limba clientului, a pune piciorul în pragul ușii care se deschide spre lumea acestuia și a utiliza comportamentul pe care îl prezintă, iată care sunt obiectivele terapeutice inițiale, menite să-l angajeze pe client prin evocarea percepțiilor sale preexistente" (1983, p. 80).

Bandler şi Grinder (1981) recunosc că, în multe situaţii terapeutice, înlăturare.: simptomelor clientului nu atrage după sine fenomenul substituirii acestora prin altele Autorii recomandă însă aplicarea reeadrării ori de câte ori sunt indicii ale faptului ci simptomele, respectiv comportamentele problematice prezentate de către persoană, suni utilizate ca mijloace pentru obţinerea unor beneficii. Aceştia sunt acei clienţi, care ir. opinia autorilor ar fi semnificativ mai prost adaptaţi fără simptomele lor, decât sunt CL ele. Acelaşi lucru este valabil şi în cazul acelor clienţi ale căror simptome ar avea ur. mesaj de comunicat.

Intervenţia propriu-zisă, pe care o prezentăm într-o variantă propusă de Citrenbaum şi colab.(1985), se realizează în următoarele şase trepte:

1. Identificarea simptomului, respectiv a comportamentului nedorit, care urmează să fie modificat (denumit în mod convenţional „X").
2. Stabilirea comunicării cu acea „parte" (inconştientă) a clientului (componentă a personalităţii), care a fost responsabilă de producerea simptomului (de X).
3. Sugerarea faptului că simptomele au facilitat accesul Ia beneficii şi a posibilităţii de a separa comportamentul nedorit (pe X) de *intenţiile pozitive,* după care se guvernează partea responsabilă pentru X_
4. Sugerarea posibilităţii de a găsi comportamente alternative, capabile să asigure acele beneficii, care până în prezent erau realizate prin recursul la simptome.
5. Efectuarea *„controlului ecologic"*, care sondează receptarea noilor comportamente de către alte „părţi" ale persoanei.
6. Proiectarea în viitor sau testarea modului în care comportamentele alternative se vor integra în situaţiile relevante cu care clientul urmează să se confrunte în cele ce urmează.

„Instalează-te confortabil... şi respiră de câteva ori profund... pentru a te putea relaxa... atât de profund... pe cât de profund inconştientul tău va găsi potrivit... acordă-fi atâta timp de cât timp va fi nevoie... pentru a putea identifica acel comportament pe care doreşti să îl modifici... vom numi acest comportament «X»... Acest «X» poate fi un comportament la care ai dori să renunţi.. • sau unu! pe care ai dori să-l modifici într-un fel sau altul... cum ar fi de exemplu fumatul... sau un lucru pe care ai dori să-l faci... sau pe care ai dori să-l începi... cum ar fi de exemplu scrierea unei lucrări... în realizarea căruia te împiedică însă ceva.

Acum. după ce l-am identificat pe X, următorul pas al intervenţiei noastre... este să stabilim contactul cu acea parte din tine... care până acum şi-a asumat responsabilitatea pentru X... şi despre care ştim că în majoritatea cazurilor... este o componentă a inconştientului nostru... Şi ştiind că aşa stau lucrurile... am dori să ne adresăm... acestei componente a inconştientului tău... solicitându-i să se facă cunoscută conştiinţei tale... sub o formă pe care inconştientul tău o va considera dătătoare de siguranţă pentru el... Aşadar lasă-fi timp suficient pentru a pătrunde in inconştientul tău... şi pentru a putea deveni conştient(ă) de această componentă a lui... care în trecut şi-a asumat responsabilitatea pentru X... Nu putem şli dinainte sub ce formă fi se va arăta această parte a inconştientului tău... vei avea parte, poate, de o experienţă ce-fi este familiară... sau poate de una inedită... ar putea fi ceva ce fi se va înfăfişa proiectându-se pe ecranul fanteziei tale... sau poate fi practic orice imagine vizuală... s-ar putea să vezi o culoare... sau un obiect... sau un chip... S-ar putea întâmpla ca această componentă a inconştientului tău să îmbrace o formă auditivă atunci când îţi apare... de exemplu o voce • - poate chiar a ta... sau vocea altcuiva... sau orice alt sunet... Sau al putea percepe această parte a inconştientului tău... ce şi-a asumat până acum responsabilitatea pentru X... sub forma unui sentiment de orice fel... Te rog deci să pătrunzi în inconştientul tău... pentru a stabili contact cu această parte din tine. Şi vom ruga, cu tot respectul, această

partea inconștientului tău, să se lase explorată și cunoscută de către instanțele tale conștiente, de o manieră pe care o va considera dătătoare de siguranță-., și de confort...

In cazul în care nu vei avea parte... de nici o experiență particulara... care ar putea fi identificată ca o luare la cunoștință a acelei părfi din inconștientul tău... care și-a asumat responsabilitatea pentru X... vei putea continua acest exercițiu... înțelegând că inconștientul tău a apreciat poale... că deocamdată nu s-ar simți în largul lui dacă ți-ar releva cele sugerate... și, înțelegând asta, vei putea accepta acest lucru. Pe de altă parte... dacă ai putut contacta acea parte a inconștientului tău... care și-a asumat responsabilitatea pentru X... aș dori să-i mulțumesc acestei părți din tine pentru deschiderea arătată.

Aș dori mai departe... să-i aducem la cunoștință acelei părți din inconștientul tău... care până acum și-a asumat responsabilitatea pentru X... respectul profund pe care i-l purtăm... In continuare este evident pentru noi... că această parte din tine este deosebit de puternică... întrucât chiar în condițiile în care în trecut... ai încercat din răsputeri... să schimbi sau să modifici comportamentul X... n-ai reușit să faci acest lucru. Prin urmare, putem înțelege... că acea parte din inconștientul tău care și-a asumai responsabilitatea pentru X... va manifesta disponibilitatea necesară pentru a-l modifica pe X... doar atunci când va fi pregătită pentru acest lucru... Ceea ce aș dori să-ți sugerez acum ar fi aceea... că într-un fel sau altul... X ți-a oferit în trecut câștiguri sau beneficii... chiar dacă înțelegem totodată... că din punctul tău de vedere... X a generat consecințe negative sau nesănătoase asupra ta. Și tocmai de aceea... îți sugerez în același timp... ca acum să-fi reconsideri poziția față de X... pentru a înțelege că scopul major urmărit de X... era acela de a te ajuta... sau de a-fi asigura beneficii... Iar acum lasă-ți destul timp... pentru a putea pătrunde în inconștientul tău... și pentru a putea lua Ut cunoștință ce câștiguri sau beneficii ți-a asigurat X... Poate că X te-a ajutat să obții un lucru... pe care o parte din tine și l-a dorit... cum ar fi, de exemplu, mai multă atenție din partea familiei.., sau a altcuiva important... Poate Xte-a ajutat să eviți ceva... ce s-ar fi putut dovedi stânjenitor sau dureros pentru tine... ca de exemplu intimitatea... Te mai rog deci încă o dată... să accepți ideea căXa putut continua până acum... pentru că ți-a fost de ajutor... sau pentru că... într-un fel sau altul... ți-a asigurat beneficii... Așa că, în eventualitatea în care inconștientul tău apreciază că te-ai simți în siguranță... și confortabil... conștientizând aceste lucruri... te invit să iei la cunoștință în cefei X... ți-a venit până acum în ajutor...

Aș dori să-ți sugerez pe mai departe... că, având în vedere beneficiul sau beneficiile furnizate de X... ai la dispoziție modele alternative de comportament... de trăire... sau de a percepe... Ce este important să înțelegi... este că acestea îți pot furniza... oricare dintre beneficiile... sau câștigurile pe care până acum ți le asigura X... In același timp... aceste modele comportamentale noi... ar putea fi mai sănătoase... sau poate chiar mai satisfăcătoare pentru tine... Lasă-ți deci timp... pentru a pătrunde din nou în inconștientul tău... și lasă-ți inconștientul ca prin resursele sate creatoare... să-ți genereze modele comportamentale alternative... capabile să-l înlocuiască pe X... în condițiile în care îți pot oferi aceleași beneficii pe care ți le oferea șiX... și care pot fi în același timp mai satisfăcătoare, sau mai reprezentative pentru tine... Și te rog... ca atunci când ai luat la cunoștință... aceste modalități alternative de a privi lucrurile... de a simți... sau de a acționa... să-mi semnalizezi și mie acest lucru... ridicând ușor degetul... (Se așteaptă semnalul ideomotor.)

Și acum... după ce ai reușit să-ți construiești... modele comportamentale alternative... următoarea etapă a exercițiului o constituie testul ecologic... Aceasta înseamnă că vei încerca fiecare dintre aceste noi alternative... pentru a te asigura că acea parte din inconștientul tău... care până acum și-a asumai responsabilitatea pentru X precum și toate celelalte părți ale tale... asemeni ei... se vor simți confortabil... și satisfăcute de aceste modele alternative... Pătrunde deci acum în inconștientul tău... și asigură-te că noile alternative sunt acceptate... astfel încât ele să fie pe placul acelei părți din inconștientul tău... care până acum și-a asumat

responsabilitatea pentru X... Solicită inconştientului tău un semnal... care să exprime acceptarea.. sau dimpotrivă... refuzul. Dacă răspunsul este « nu»... sau dacă simţi... în oricare pane a fiinţei tale... vreun semn al incongruenţei... cum ar fi de exemplu o creştere a tensiunii... sau a iritabilităţii... ca răspuns la noile alternative... va fi nevoie să revii la o etapă anterioară a exerciţiului... S-ar putea să fie nevoie, de exemplu,... să te întorci la resursele tale creatoare... pentru a genera o nouă alternativă... sau noi alternative... Sau ar putea fi necesar să te întorci şi mai în urmă... pentru a identifica şi a [ine seama de vreun beneficiu... pe care încă nu l-ai conştientizat... Dacă inconştientul tău apreciază... că trebuie să revii la resursele tale creatoare... ne va comunica acest lucru mişcându-ţi uşor degetul «du»... Dacă apreciază în schimb... că va trebui să revii la identificarea unor beneficii neluate în seamă până acum... ne va comunica acest lucru mişcându-ţi degetul «nu»... Atunci când în oricare din cele două degete... vei simţi un răspuns ideomotor... ridică-l uşor pentru a-mi comunica şi mie acest lucru.

(Aşteptăm răspunsul şi ii ratificăm spunând :) *Deci inconştientul tău ţi-a comunicat prin mişcarea degetului «da/nu» că trebuie să revenim la...* (se precizează secvenţa şi se reia exerciţiul de !a acest pas).

Acum, că modelele tale alternative au fost confirmate... următorul pas îl constituie anticiparea viitorului... Pătrunde din nou în inconştientul tău... şi imaginează-te în viitor... în câteva din situaţiile. în care în trecut reacţionai prin X... Imaginează-te acum... într-una din aceste situaţii... ştiind că dispui de noi modele comportamentale... de existenţa cărora tocmai ai luat cunoştinţă... sau imaginează-te chiar... recurgând la unul dintre aceste modele... Dacă te-ai putut imagina într-una dintre aceste situaţii viitoare... degetul tău «da» se va ridica pentru a-mi confirnux şi mie acest lucru... Dacă ai întâmpinat dificultăţi... sau dacă fi-a fost imposibil să te imaginezi... într-una din aceste situaţii viitoare... îmi vei comunica şi mie acest lucru... prin ridicarea degetului «nu »..."

în *cazul* răspunsului *„nu":*

„ Se pare că este nevoie de generarea unor noi alternative comportamentale. Revenim deci la resursele tale creatoare" - se reia de la această secvenţă.

în cazul *răspunsului „da"* se continuă exerciţiul.

„Acum că ai reuşit să te imaginezi cu succes... în situaţii viitoare... în care reacţionezi prin noile modele comportamentale... exerciţiul poate fi considerat încheiat... Aş dori să-fi sugerez în final... să apreciezi la justa, valoare... acea discuţie cu inconştientul tău... pe care tocmai am încheiat-o. în ceea ce mă priveşte (in să arăt că apreciezfoarte mult eforturile pe care le-ai depus... şi doresc să-ţi mulţumesc pentru modul în care am reuşit să comunicăm... In acelaşi timp... înţeleg că s-ar putea să nu fii întru totul conştient(ă)... de totalitatea, modificărilor survenite la nivel inconştient... Cu toate acestea... aşa ne arată experienţa... că uneori prin simpla audiere a textului unui exerciţiu... ce are ca obiect rcnaming-M/ *(recadrarea)... sunt puse în mişcare... procesele inconştiente aflate în slujba sănătăţii... Se ştie totodată... că de multe ori... în timp ce o persoană lucrează pentru a schimba un « X»... schimbările se repercutează şi asupra unor probleme «Y» şi «Z». "*

După cum arată autorii, recadTarca se poate realiza, după caz, în cadrul unei singure intervenţii sau poate necesita aplicarea repetată a metodei şi dispunerea intervenţiilor pe parcursul mai multor săptămâni sau chiar luni. Este de la sine înţeles, că veritabila probă a eficienţei recadrării este oferită de implementarea noiior forme de comportament în procesul confruntării cu acele situaţii, în care până acum dorinţa de a ajunge în posesia beneficiilor vizate genera producerea simptomelor sau a comportamentelor nedorite.

3.4. Intervențiile metaforice*

3.4.1. *Precizări terminologice*

Importanța metaforei în actul comunicării a fost subliniată de numeroși lingviști și filozofi; Bergson afirma, de pildă, că în limbajul uman „nu există nimic altceva decât metafora", iar Shibles (1971), preluând acest punct de vedere, a extins atât de mult acțiunea expresivă a metaforei, încât a identificat 20 de „deviații semantice" proprii cunoașterii metaforice: (Birzea, 1995, p. 41).

Din perspectiva subiectului care ne interesează - psihoterapia - putem menționa câteva funcții ale metaforei:

1) Abordată în raport cu imaginația simbolică (Jung, Ricoeur, Durând), se afirmă că **metafora *permite evidențierea semnificațiilor ocultate, inaccesibile rațională și explicației.*** De exemplu, anumite obiecte sau realități interzise ori intangibile sunt desemnate metaforic prin denumiri figurate („uctgă-I toaca").
2) ***Metafora permite verbalizarea realității psihologice, strict individuale,*** a **senzațiilor** și trăirilor universului nostru interior, pentru care cuvintele obișnuite sunt inadecvate, întrucât au un conținut logic categorial. Noi nu avem cuvinte pentru fiecare senzație; este suficient să amintim că, deși sesizăm peste câteva zeci de nuanțe de roșu, utilizăm pentru fiecare din ele un singur cuvânt - „roșu". Pentru a comunica mai bine, utilizăm metafore: „roșu aprins", „roșu ca para focului", „roșu strălucitor" etc. De aceea, metafore precum „durere surdă", „durere apăsătoare", „durere fulgerătoare" etc. sporesc efectul comunicativ al mesajului transmis de pacient terapeutului său.
3) *Metafora este indispensabilă și pentru a gândi anumite realități abstracte dificil de reprezentat.* Putem cita, pentru ilustrare, exprimarea metaforică a „trecerii timpului" în termenii spațiului: timpul, ca un obiect în mișcare, se deplasează în raport cu noi, care rămânem nemișcați; de aceea „timpul vine, timpul trece...".
4) Realizând un transfer de sens de Ia subiectul secundar către subiectul principal (cei doi termeni ai comparației), metafora devine un *instrument logic care* ***restructurează modul nostru de gândire și interpretare a lumii*. în această relație,** subiectul secundar acționează ca o lentilă care deformează semnificația inițială a subiectului principal: unele din atributele acestuia sunt deformate, altele sunt supradimensionate sau deturnate de la rațiunea lor inițială (putem medita, din această perspectivă, la metafora „Richard Inimă de Leu").

Multe dintre intervențiile hipnoterapeutice îmbracă o formă metaforică, aceste tehnici icupând un loc aparte în cadrul general ai tratamentelor psihoterapeutice, în general, și -.:pnotice, în particular. Utilizarea termenului generic de „intervenții metaforice" implică : precizare: spre deosebire de alte forme ale tehnicilor hipnoterapeutice, prezentate în . i Jrul acestei lucrări (cum ar fi hipnoanaliza, întărirea eului sau recadrarea), intervențiile metaforice nu vizează prin definiție realizarea unui anumit scop. Termenul reunește

Capitol scris in colaborare cu Ion Dafinoîu

totalitatea acelor intervenţii - puse în slujba unor obiective terapeutice extrem de variate - care recurg la un anumit vehicul al intervenţiei: prezentarea sub formă de povestire, relatare, mit, aforism, lucrare de artă etc. a unui model analog al anumitor aspecte ale problemei cu care se confruntă persoana sau ale rezolvării acesteia. Practic, oricare dintre obiectivele vizate de către celelalte tehnici hipnoterapeutice pot fi atinse prin recursul la intervenţiile metaforice, sau - poate chiar mai potrivit -, prin combinarea celor dintâi cu acestea din urmă. Nu întâmplător, am considerat oportun să prezentăm unele intervenţii metaforice chiar în cadrul tehnicilor hipnoterapeutice „ţintite". Am considerat însă la fel de util să consacram un spaţiu separat intervenţiilor metaforice din două motive: pentru a putea prezenta acele intervenţii structurate (de exemplu povestiri) care pot fi utilizate pentru realizarea unor obiective terapeutice complexe, respectiv pentru a putea detalia acele principii, pe baza cărora hipnoterapeutul poate construi sau elabora el însuşi structuri narative cu valenţe terapeutice, pentru uzul unui client particular.

Lankton & Lankton (1989) definesc metafora ca fiind acea modalitate de exprimare verbală *(„figure of speech* ") în cadrul căreia un cuvânt sau o frază, care denotă un anumit tip de obiect sau acţiune, sunt utilizate în locul altui obiect sau altei acţiuni, pentru a sugera o asemănare sau o analogie între ele. Acestea sunt -concepute ca reprezentând forme indirecte ale tratamentului, care nu antrenează acele rezistenţe tipice, cu care sunt întâmpinate de multe ori ideile noi (mesajele terapeutice) transmise prin intermediul sugestiilor directe. Impactul metaforelor este de regulă perceput ca subtil, ele reprezentând o modalitate neconfruntativă şi permisiva de a induce schimbare. Autorii utilizează termenii de „poveste" şi „metaforă" ca fiind echivalenţi, metaforele pe care le propun implicând protagonişti, dezvoltări caracterialc, ingrediente dramatice, un fir narativ ce urmează una sau mai multe protocoale specifice şi o anumită concluzie. Aceste metafore suni concepute pentru a oferi clientului cadre alternative, în care pot dobândi experienţe de învăţare relevante din punctul de vedere al problemelor cu care se confruntă. Yapko remarcă, la rândul lui, că angajarea clientului în urmărirea firului epic al unei povestiri „permite mesajelor profunde conţinute de structura acesteia să activeze capacităţile inconştiente ale clientului de a răspunde într-o formă semnificativă" (1990, p. 238). Se poate deduce din context că autorul înţelege prin formularea oarecum imprecisă de „răspuns ce îmbracă o forma semnificativă" o schimbare (în termeni de comportament, stimă de sine, atitudine etc.) compatibilă cu obiectivele terapeutice vizate de intervenţia metaforică.

3.4.2. *Construcţia metaforelor terapeutice*

Construcţia metaforelor terapeutice respectă, după Burns (2001), aşa-numitul „model PRO", descris de autorul citat (figura 2). Denumirea este de fapt un acronim care face trimitere la *probleme, resurse* şi *rezultate (outcomes* - în original). Primul element al modelului îl constituie (1) *personajul principal* şi *contextul* în care acesta este angrenat. în conformitate cu principiul naraţiunii, descris şi de către Oatley (1992), protagonistul întâmpină dificultăţi sau întâlneşte obstacole în eforturile sale de a-şi realiza obiectivele, ceea ce defineşte (2) o *criză* sau o situaţie de *provocare.* Pentru a putea înlătura obstacolele ce-i stau în cale, eroul povestirii este nevoit să recurgă la (3) o serie de *resurse* şi *abilităţi,* de care poate dispune deja sau pe care va fi nevoii să Ie dezvolte chiar în procesul confruntării cu circumstanţele cc-i sunt potrivnice. Acestea vor trebui deci (4) fie descoperite, fie învăţate pe parcursul naraţiunii, cele două procese - de regulă

complementare - reprezentând de fapt momcntul-cheie al rezolvării crizei. Mobilizarea resurselor și abilităților, deci practic recursul la instrumentele pe care protagonistul le are la dispoziție pentru a răzbi, îi permite acestuia (5) *atingerea scopurilor* și totodată *transformarea* dorită atâl a situației cu care se confruntă, cât și - lucru chiar mai important - a propriei persoane. Transformările de ordin personal includ, pe de o parte, o dimensiune situaționaiă, care se referă la sentimentul de moment al succesului și la bucuria ce înlocuiește sentimentele de împovărare sau nesiguranță cu care ne raportăm inițial la situațiile de criză, dar și aceie adaosuri, pe de altă parte, care sunt contabilizate în dreptul resurselor de care protagonistul poate ști de acum încolo că dispune - pentru că tocmai le-a descoperit sau dezvoltat - și implicit în cel al stimei de sine, fortificată încă o dată printr-o confruntare victorioasă cu împrejurări potrivnice.

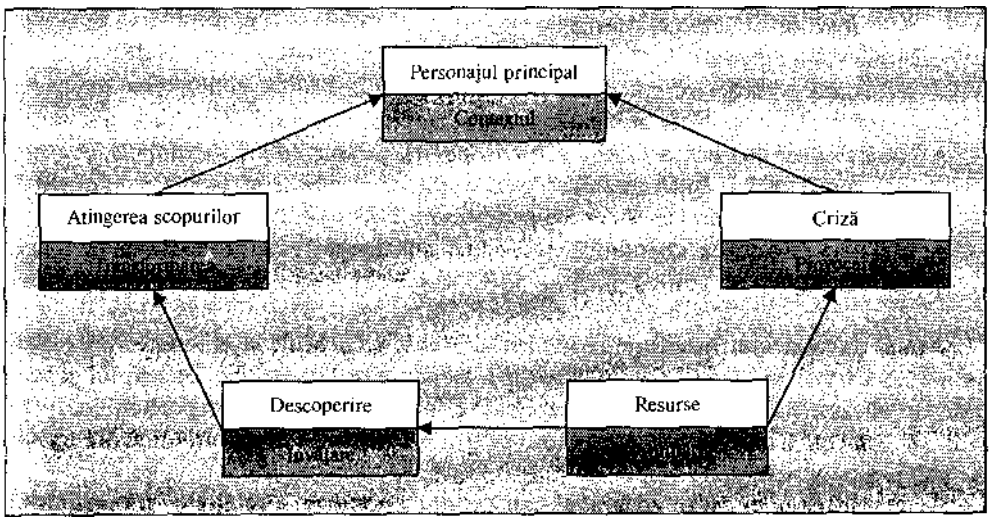


Figura 2. *Un model pentru construirea si prezentarea metaforelor*
(după Burns, 2001, p. 238)

O primă modalitate de a realiza intervenții metaforice în cadrul hipnoterapiei constă în a recurge la povestiri „prefabricate", alese cu multă grijă pentru a se potrivi într-adevăr atât problemei, cât și personalității clientului (incluzând în această din urmă categorie cultura, valorile, gusturile estetice, capacitatea de înțelegere, de deschidere ctc). In nici un caz nu este admisibil ca prezentarea unei metafore să lezeze valorile clientului sau să conțină elemente inacceptabile de către acesta pe considerente ce țin de convingerile sale și este la fel de puțin de dorit, ca „ambalajul" mesajului terapeutic să fie într-atâta de ezoteric, încât să nu-i lase clientului nici cea mai mică șansă de a accede la conținutul pe care terapeutul intenționează să-l comunice.

Sursele acestor narațiuni cu valoare terapeutică pot fi extrem de variate. Ele includ tezaurul de basme populare și culte, pildele biblice, antologiile de mituri, legende, anecdote sau povestiri filozofice, sau colecțiile de povestiri întocmite chiar de către :erapcuți ca Bettelheim, Peseschkian, Lankton & Lankton, Burns etc.

Multe dintre metaforele utilizate în hipnoterapie sunt însă create chiar de către :erapcut, astfel încât acestea să se potrivească în cea mai mare măsură cu putință

clientului, problemelor cu care se confruntă, respectiv obiectivelor vizate de intervenţia terapeutică. Imaginaţia terapeutului reprezintă una dintre cele mai importante surse de provenienţă a metaforelor utilizate în psihoterapie. Burns (2001) prezintă următoarele secvenţe ale elaborării acestor metafore, destinate terapiei clienţilor identificaţi ca făcând parte din categoria persoanelor capabile să profite de pe urma unei intervenţii de acest tip :

- Acordaţi-vă suficient timp pentru a putea crea metafora, notând eventual în scris ideile care vă vin pe parcurs.
- Gândiţi-vă la ce fel de caracter s-ar potrivi cu profilul personalităţii, calităţile şi resursele clientului pe care îl trataţi, la ce fel de persoane s-ar putea confrunta cu probleme asemănătoare cu cele prin care trece clientul sau ar fi capabile să obţină rezultate comparabile cu cele dorite de către persoana pe care o trataţi.
- In elaborarea unui fir al naraţiunii, aveţi în vedere cum aţi putea:
  - descrie criza sau provocarea;
  - dezvolta resursele necesare;
  - furniza o rezolvare potrivită;
  - facilita descoperirea şi însuşirea cunoştinţelor, respectiv abilităţilor relevante.
- Determinaţi un obiectiv viabil şi realist pentru personajul principal, pe care acesta l-ar putea realiza într-o manieră ce corespunde rezultatelor scontate de client.
- Notaţi aceste elemente-cheie ale povestirii.
- Relataţi povestirea clientului, observând cu atenţie reacţiile acestuia în timpul povestirii.

Având ca model de inspiraţie basmul tradiţional, J.C. Mills şi R.J. Crowley (1986) propun o schemă foarte utilă de construcţie a metaforelor terapeutice. Principiul general este cel al izomorfismului, principiu aplicat, în mod explicit, şi în raport cu conflictul trăit de pacient. Conform acestor autori, pentru a construi o metaforă eficientă trebuie să parcurgem următoarele etape:

- Stabilirea unui cadru general al conflictului metaforic în relaţie cu protagonistul.
- Personificarea proceselor inconştiente sub forma unor eroi sau a unor persoane care sar în ajutor (reprezentând abilităţile şi resursele protagonistului) şi a unor personaje rele, ori a unor piedici (reprezentând temerile şi credinţele negative). Uneori chiar solicitarea ajutorului poate fi semn al înţelepciunii şi puterii. „Inteligenţa celui puternic constă adesea în a nu se teme să ceară ajutor celui slab" (Malarewicz, 1992, p. 75). Să ne amintim de câte ori eroii pozitivi ai basmelor noastre sunt ajutaţi de o broască, un peşte, o albină etc...
- Personificarea situaţiilor de învăţare paralelă în care protagonistul a avut succes.
- Prezentarea crizei metaforice într-un context al rezolvării inevitabile, prin cart protagonistul îşi depăşeşte sau rezolvă problema sa.
- Dezvoltarea de către protagonist a unui nou sentiment al identităţii, a unei noi imagini de sine, ca rezultat al acestei victorioase „aventuri eroice".
- Culminarea cu o sărbătorire (celebrare) în care este recunoscută preţuirea specială de care se bucură protagonistul.

D. Gordon (1990) propune şi el un model de construcţie a metaforelor având la baza acelaşi principiu al izomorfismului. Din acest model reţinem ceea ce autorul numeşte „sintaxa metaforei". Aceasta răspunde la întrebarea: „Ce fel de cuvinte utilizăm, cum

povestim, pentru ca povestea să declanşeze la client căutarea inconştientă ce-l va duce, în cele din urmă, la soluția «unică» a problemei sale ? ".

Izomorfismul metaforei este expresia imaginii pe care terapeutul şi-a făcu t-o despre problema clientului. însă, de cele mai multe ori, nu ştim exact ce simte şi ce gândeşte el. De aceea modelul propus de poveste poate întâlni modelul pacientului, doar în măsura în care cuvintele utilizate lasă o anume libertate de proiecție, de semnificare. Cum metafora a fost construită pentru pacient, singura interpretare adecvată, „corectă" este cea propusă de el.

In concepția lui Gordon, modelul sintactic al metaforei cuprinde:

a) *Lipsa indicilor de relație.* De cele mai multe ori, cuvintele utilizate (substantive, adjective, pronume ele.) atunci când povestim un eveniment, se referă la ceva clar precizat din experiența noastră. Când însă povestim o metaforă trebuie să ne ferim să fim foarte exacți, foarte clari, tocmai pentru a provoca pacientul la o „investire de sens". Astfel spunând „undeva, departe..." lăsăm pacientului libertatea de a situa într-un loc anume („locul *lui")* acțiunea poveștii. Absența indicilor de relație îl vor provoca pe pacient să-şi pună întrebări precum „Cine ?", „Ce '?" etc, la care va găsi *propriile* răspunsuri.

b) *Utilizarea unor verbe neprecizate.* Verbele descriu felul în care acționăm. Cu cât sensul lor este mai puțin precizat de diverse complemente, cu atât pacientul are o mai mare libertate în a-şi imagina cum a acționat eroul povestirii. „într-un târziu, după mai multe încercări, el a ajuns..."

c) *Utilizarea nominalizărilor.* Acest procedeu presupune substantivizarea expresiilor ce denumesc în realitate procese, acțiuni. In acest fel, sunt omise o serie de informații. Astfel, dacă spunem: „In momentul de răgaz pe care îl avea, *şi-a amintit* că..." în mod logic trebuie să continuăm să spunem *noi* ce anume şi-a amintit eroul. Dar, dacă spunem: „în momentul de răgaz pe care îl avea, *o amintire* nu-i dădea pace", lăsăm *pacientului* libertatea să-şi imagineze ce anume şi-a amintit eroul.

d) *Utilizarea, in cadrul metaforei,* a unor comenzi şi sublinieri. Metafora vehiculează în mod indirect, mesaje ce propun schimbarea modelului de depăşire a unei situații. Există mai multe momente în cadrul poveştii, în care sunt enunțate idei semnificative în acest sens. Aceste idei pot fi subliniate cu ajutorul intonației, utilizând anumite gesturi ori atingând pacientul cu mâna. Alteori, putein încastra o anume comandă în textul poveştii, înscriind numele pacientului, înaintea unor propoziții semnificative.

Exemplu:

„Atunci, zâna cea buna s-a apropiat de el şi i-a spus «Nu te teme !» "; această frază poate deveni: „Atunci, zâna cea bună s-a apropiat de el si i-a spus, George, «Nu te teme !»".

Subliniind eficiența terapeutică a metaforelor, J.A. Malarewicz (1992) face şi el precizări utile privind sintaxa acestora. Astfel, atunci când construim o metaforă trebuie să avem în vedere următoarele :

- să definim orientarea senzorială a pacientului pentru a utiliza cuvintele potrivite ; optimizarea comunicării din această perspectivă este pe larg analizată de neuro-programarea lingvistică (Bandler şi Grinder);
- să utilizăm activitățile favorite ale acestuia ;

- să nu ne temem să fim repetitivi;
- să utilizăm umorul şi/sau detaliile incongruente;
- să ne jucăm cu cuvintele şi simbolurile;
- să asigurăm metaforei mai multe nivele de comprehensiune etc. (Malarewicz. 1992, pp. 77-78).

în ceea ce priveşte indicaţiile unei metafore anume, acestea sunt definite înainte de toate de tipul de conflict pe care povestirea îl ilustrează şi de resursele care suni mobilizate pentru rezolvarea acestuia, precum şi de deznodământul întâmplărilor relatate. Putem ilustra acest lucru prin povestirea *„Noroc ? Ghinion ? Cine ştie ? ",* folosită pe scară largă în psihoterapia de inspiraţie metaforică (vezi Anexa 7).

3.4.3. *Utilizarea terapeutică a metaforelor*

Implicită în recursul terapeutic Ia povestiri cu valenţe metaforice este concepţia conform căreia, la baza problemei psihologice avută în. vedere, stă o naraţiune specifică, un scenariu al ameninţării, al eşecului ori al neputinţei. Aşa-numitele „terapii constructive şi narative" pornesc de Ia principiul după care persoana îşi reprezintă lumea, gândeşte şi ta decizii în baza unor structuri narative. După cum arată Neimeyer (2001) ne cunoaştem pe noi înşine şi cunoaştem lumea în care trăim prin intermediul povestirilor pe care le relatăm asupra acestor subiecte. Aceste naraţiuni nu conferă sens doar trecutului, ci în egala măsură stabilesc şi direcţie viitorului (Romanoff, 2001). într-o lucrare dedicată acţiunii integrative a structurilor narative, Oatley (1992) remarcă faptul că naraţiunile îndeplinesc funcţia de principal vehicul utilizat de persoană pentru a-şi înţelege acţiunile, motivele acestora şi consecinţele pe care le antrenează. Naraţiunile relatează acţiuni orientate înspre anumite scopuri şi prezintă motive de soluţionare a problemelor. Emoţiile se leagă de secvenţele în care acţiunea este blocată şi protagonistul se dovedeşte incapabil să găsească soluţia eficientă pentru ieşirea din impas. Fiecare persoană asociază diferitelor situaţii cu care se confruntă (inclusiv celor care implică obstacole sau dificultăţi) scenarii particulare, care conţin nu doar secvenţele succesive ale măsurilor ce urmează a fi întreprinse, ci şi anticiparea rezultatului probabil al acestor demersuri. Privite din această perspectivă, naraţiunile reprezintă acele scenarii, care fundamentează sentimentul controlului asupra unei situaţii particulare sau, dimpotrivă, al neputinţei. Se poate afirma că o persoană se confruntă cu probleme pentru a căror rezolvare solicită asistenţă terapeutică, atunci când naraţiunile prin care îşi structurează experienţele sau prin care acestea sunt relatate de către alţii eşuează în a reprezenta, la modul satisfăcător experienţa lor trăită sau atunci când anumite aspecte semnificative ale experienţelor trăite de către persoană se vor situa în contradicţie cu aceste naraţiuni dominante (White şi Epston. 1990). Astfel, terapia ar putea fi conceptualizată, în acord cu Neimeyer (2001), ca o rescriere intersubiectivă (implicând atât participarea clientului, cât şi cea a terapeutului) a „povestirii" persoanei.

Analizând motivele pentru care lectura sau audierea naraţiunilor se constituie în veritabile surse de satisfacţie, Oatley (2001) găseşte răspunsul în posibilitatea pe care povestirile respective ni le oferă pentru a înţelege cum ar trebui să acţionăm, respectiv cum am putea deveni, în societatea în care trăim, asemănători personajelor pe care le admirăm. Autorul este de părere că povestirile accesibile membrilor comunităţii furnizează

acestora modele de acțiune și de răspuns emoțional. Această concepție este în acord deplin cu cea formulată și de către reprezentanții opticii constructiviste, care conferă persoanei statutul de *„exploatator de discurs" (discourse user),* adică acela de agent care, după cum arată Harre și Gillelt, se sprijină pe resursele oferite de cultura și comunitatea lor pentru a-și explica evenimentele importante din viața lor și pentru a găsi întărirea acestor relatări de către ceilalți (după Neimeyer, 2001).

Obiectivul povestirilor terapeutice este acela de a propune scenarii alternative pentru situații particulare cu care se confruntă clientul, îmbrăcate într-o formă acceptabilă de către acesta. După cum subliniază Barkcr (1985), în liinp ce basmele, asemeni multor proverbe și parabole biblice, transmit de regulă puncte de vedere specifice și formulează învățături relativ bine definite, metaforele terapeutice oferă noi alternative, cu precădere modalități noi de a contempla situațiile și ex^mientele cu care persoana se confruntă. Acestea au capacitatea de a trezi la viață experiențe, convingeri și idei, care au rămas multă vreme inactive în gândirea ascultătorului. Sau, având în vedere formularea lui Whitc și Epston, după care un rezultat acceptabil al terapiei ar consta în „identificarea, respectiv generarea unor povestiri alternative, care i-ar permite persoanei să îmbrățișeze noi sensuri, aducând cu sine oportunități dorite, deci noi sensuri, pe care persoana să le poată trăi ca fiind în mai mare măsură de ajutor, satisfăcătoare ori deschise" (1990, p. 15), putem considera că o narațiune terapeutica ar fi o povestire în măsură să îndeplinească aceste obiective.

Bums (2001) formulează zece principii care stau la baza utilizării terapeutice a povestirilor, respectiv metaforelor:

1. Suntem cu toții povestitori.
2. în loc să vă concentrați asupra unor aspecte tehnice, este de preferat să porniți de la propria realitate și experiență, respectiv de la entuziasmul care vă este propriu.
3. Utilizați propria dumneavoastră inteligență, integritate și principii morale.
4. Asigurați-vâ că povestirea este potrivită problemei tratate și obiectivelor pe care le urmăriți.
5. Străduiți-vă ca povestirea să pară cât mai reală.
6. Faceți un rezumat al povestirii.
7. Repetați povestirea în gând. Fiți propriul dumneavoastră ascultător. Jucați-vă cu ea. Modificați-o. Variați-o. Adaptați-o.
8. Fovestiți-o altcuiva.
9. Observați efectul avut asupra ascultătorului.
10. Fiți flexibil(ă).

Inventariind obiectivele în slujba cărora Erickson utilizează metaforele terapeutice, Zeig (1980; identifică următoarele douăsprezece principii:

1. Enunțarea și ilustrarea anumitor puncte de vedere.
2. Sugerarea unor rezolvări pentru problemele clientului.
3. Furnizarea unui ajutor persoanei în vederea acceptării de sine.
4. Impunerea („semănarca") unor idei și creșterea motivației clientului.
5. Controlul relației terapeutice.
6. înlănțuirea directivelor.
7. Diminuarea rezistențelor clientului.
8. Recadrarea și rede finirea problemelor.

9. Construirea (întărirea) eului clientului.
10. Modelarea unei modalităţi de comunicare.
11. Conştientizarea clientului că posedă resurse.
12. Desensibilizarea clientului faţă de temerile cu care se confruntă.

Prezentarea povestirilor terapeutice este în mod obişnuit precedată de inducerea transei, deşi acest lucru nu este neapărat necesar. Lankton & Lankton (1989) apreciază că relaţia interpersonală oferită de contextul hipnotic îi permite clientului să se concentreze mai confortabil asupra relatării, să se identifice mai creativ cu protagonistul şi să excludă mai eficient stimulii nerelevanţi din exterior. Pe de altă parte, nu este mai puţin adevărat că simpla audiere a povestirii antrenează o stare care prezintă multe dintre caracteristicile transei hipnotice, având în vedere faptul că fixarea (concentrarea) asupra ambiguităţii inerente acestei forme de intervenţie este în sine inducătoare de transă. Nu întâmplător, Yapko (1990) include relatarea povestirilor printre modalităţile „naturaliste" de inducere a transei.

Conform modelului PRO, descris de Burns (2001), indicaţiile (caracteristicile) terapeutice ale povestirii pot fi grupate după trei criterii:

1. *Problemele vizate* - includ confruntarea cu nenorocirile vieţii, experienţa pierderilor importante şi înfruntarea evenimentelor negative neaşteptate.
2. *Resursele dezvoltate* - cuprind capacitatea de a accepta cele întâmplate în viaţă, însuşirea atitudinii de evitare a judecăţilor de valoare pripite.
3. *Deznodăminte (outcomes)* - înţelegerea faptului că „valoarea" pe care o atribuim unor evenimente este un rezultat al evaluării noastre subiective, respectiv a celui că acceptarea a ceea ce ni se întâmplă este o chestiune de atitudine.

Aceste indicaţii au o valoare cu totul generală, insuficientă însă pentru a ne ghida în luarea unor decizii care ţin de alegerea unei povestiri potrivite pentru client sau a momentului particular în care ne putem aştepta la beneficii maxime de pe urma prezentării metaforei. Definirea unor indicaţii terapeutice ale povestirilor este o problemă mult mai delicată, deoarece aceasta nu vizează problemele în totalitatea lor, ci componente ale acestora şi în mod firesc indicaţia terapeutică a metaforei este „activată" doar în momentul în care discuţia terapeutică se focalizează asupra acestor aspecte. Indicaţia se conturează ca o decizie luată în urma sesizării unor nevoi imediate ale clientului, într-un moment particular al intervenţiei terapeutice şi nicidecum prin extragerea povestirilor dintr-o metaforopee, în urma unei identificări vagi a problemei cu care s-ar confrunta persoana luată în tratament, într-o anumită perioadă a existenţei sale. Formularea indicaţiei este deci o problemă de strategie psihoterapeutică ce ţine în ullimă instanţă de capacitatea de înţelegere, respectiv de sensibilitatea terapeutului şi - în ultimă instanţă - chiar de bunul-simţ al acestuia.

Avantajele recursului la metafore (anecdote) au fost inventariate de Zeig (1980) după cum urmează:

- Anecdotele oferă o modalitate indirectă de abordare a problemelor.
- Angajează clientul.
- Dezvoltă autonomia. Clientul este nevoit să înţeleagă mesajul şi să recurgă la o acţiune pe care el însuşi o iniţiază.

- Anecdotele pot fi utilizate pentru a depăși rezistenta naturală fată de schimbare. Cu ajutorul ior pot fi prezentate directive și sugestii, astfel încât maximalizăm șansele acceptării acestora de către client.
- Pot contribui la exercitarea unui control asupra relației terapeutice. Clientul nu poate recurge Ia modalitățile utilizate în mod obișnuit cu scopul exercitării unui control asupra relației, atunci când este nevoit să asculte o anecdotă sau o povestire.
- Anecdotele modelează flexibilitatea.
- Terapeutul se poate folosi de ele cu scopul de a crea confuzie și de a facilita astfel răspunsul hipnotic.
- Anecdotele pot spori eficiența proceselor mnezice, ideile prezentate cu ajutorul lor devenind, astfel, chiar mai memorabile.

în vederea asigurării unei eficiente maxime a intervențiilor terapeutice care recurg la narațiuni, considerăm importantă remarca lui Betteiheim (citată de Barker, 1985), referitoare la importanța repetării mesajelor conținute de basme, care este în egală măsură valabilă și celor transmise prin intermediul metaforelor terapeutice. Ar fi neproductiv să se creadă că o unică „transmisie a unei idei noi ar putea fi capabilă să anuleze viziuni asupra lucrurilor care sunt îmbrățișate de către persoană de luni sau ani de zile, dacă nu chiar de o viață întreagă". Subscriem soluției oferite de Barker, care apreciază ca productivă reluarea - dacă acest lucru este posibil - mesajului terapeutic, „ambalat" în alte serii de metafore. Experiența noastră demonstrează totodată utilitatea combinării metaforelor de tip „ficțiune" (povestiri, trimiteri la opere literare, filme etc.), cu cele care fac apel la relatări legate de lumea „reală" (invocarea unor probleme similare întâmpinate de către alte persoane sau chiar de către terapeut, a unor studii de caz publicate în literatura de specialitate - din fericire cea dedicată hipnoterapiei abundă în astfel de prezentări). Se impun, de altfel, trei precizări în legătură cu aceste din urmă metafore. în primul rând, este necesar ca ele să fie cu adevărat reale, lucru impus nu doar de obligația de a fi sinceri cu pacientul, ci și de faptul că doar astfel prezentarea lor poate miza pe acei impact sugestiv, fără de care relatarea s-ar dovedi contraproductivă. în al doilea rând, ori de câte ori invocăm într-o terapie o altă intervenție care în final s-a dovedit a fi încununată de succes, este foarte important să subliniem, cât se poate de răspicat, că asemănarea cu problema prezentată de client se întinde doar până la posibilitatea unei rezolvări cu succes a problemei, dar în nici un caz ea nu implică și un ritm identic al soluționării ei. Fără a ne lua aceste precauții, ne expunem riscului de a agrava problema ca o consecință a unei evoluții mai lente a progreselor terapeutice, care ar putea fi interpretate de către client ca fiind expresia unui eșec. în sfârșit, trebuie să menționăm faptul că, ori de câte ori facem trimitere la clienți tratați anterior, avem obligata de a ne asigura că anonimitatea persoanei va fi respectată și că datele pe care le furnizăm asupra problemei sale, respectiv a tratamentului său, nu vor putea permite identificarea acestuia de către clientul actual.

Burns (2001) prezintă la rândul Iui lista acelor erori, care pot compromite șansele de reușită ale intervenției realizate prin recursul la metafore. Aceasta include următoarele elemente:

- Utilizarea așa-numitelor „povestiri terapeutice" așa cum se găsesc ele publicate în diferite antologii.
- Recursul la terapia prin metaforă, cu orice client, pentru orice problemă prezentată de acesta.

- Utilizarea acestor povestiri cu titlu de „prescripție medicală", respectiv „terapeutică"
- Imaginarea că o singură povestioară ar fi în măsură să șteargă cu buretele urmările unei traume, ale cărei efecte durează de o viață.
- Folosirea povestirilor terapeutice de parcă acestea ar fi fixate o dată pentru totdeauna, imposibil de modificat sau de rectificat.
- Convingerea că oricare antologie de acest gen (incluzând aici și cele 101 povestiri cuprinse în volumul autorului) ar putea conține o listă definitivă sau exhaustivă. respectiv ar putea reprezenta „cea mai bună colecție" ce se poate imagina.

în ceea ce privește acest din urmă punct, autorul este de fapt cât se poate de explicit în a-și susține punctul de vedere, conform căruia cele mai bune metafore sunt nu cele preluate ca atare, ci acelea care sunt create chiar de către terapeut, acestea răspunzând in cea mai mare măsură, nevoilor individuale ale clientului căruia i se adresează.

în încheiere, putem ilustra importanța intervențiilor metaforice în cadrul hipnoterapiei prin citarea următoarei opinii exprimată de Yapko: „Dezvoltarea abilității de relatare a povestirilor este fundamentală pentru dezvoltarea unei abordări echilibrate a practicii hipnozei clinice. Sunteți încurajați să recitiți basmelexlasice, fabulele ori vechile mituri, pentru că ele reprezintă excelente puncte de pornire pentru redescoperirea înțelepciunii care urmează a fi transmisă sub formă de povești" (1990, p. 238).

3.4.4. *Metafora în psihoterapia ericksoniană*

M. Erickson este un maestru în domeniul metaforei. Felul său de a asculta și observa un subiect, modul de a răspunde, sunt pentru el mijloace de prelucrare a mesajelor metaforice pe care și le comunică oamenii.

Abordările sale terapeutice abundă de metafore, unele bazându-se pe experiența personală, altele inspirate din experiența pacienților săi. Utilizarea inovați vă a metaforelor în psihoterapie de către Erickson nu a fost inițial apreciată ca atare. Erickson însuși nu a teoretizat aspectele referitoare la utilizarea metaforelor terapeutice, când, cum și de ce acestea influențează schimbarea terapeutică. Colaborarea ulterioară cu E. Rossi a condus la elaborarea unor teoretizări în acest domeniu, care au valorificat experiența lor în domeniul metaforelor și sugestiilor indirecte, precum și cercetările psihofiziologice privind funcțiile celor două emisfere cerebrale.

Având în vedere că emisfera dreaptă este mult mai implicată decât cea stângă în medierea proceselor emoționale și imagistice, s-ar putea afirma că simptomele psihosomatice sunt procesate de funcții cerebrale aparținând emisferei drepte. Dacă „simptomele sunt expresii ale limbajului emisferei drepte, utilizarea limbajului mito-poetic ar putea fi un mod de a comunica direct cu emisfera dreaptă în propriul său limbaj" (Erickson & Rossi, *cf.* J. Mills *et al.,* 1986, p. 17). Acest fapt ar putea explica, în concepția autorilor, de ce abordarea metaforică în terapie are o eficiență mai rapidă decât cea psihanalitică.

Erickson a fost foarte talentat în ceea ce ulterior s-a numit „comunicarea pe două nivele" - conștient/inconștient. în timp ce conștientul este ocupat cu prelucrarea mesajului (în forma conceptelor, ideilor, poveștilor, imaginilor), un alt mesaj poate fi strecurat în inconștient folosind implicațiile, analogiile. Mesajul metaforic activează asociațiile inconștiente ce întrerup vechiul răspuns comportamental prin generarea de noi înțelesuri

care, la rândul lor, produc noi răspunsuri comportamentale. Se iniţiază astfel un proces circular autogenerativ care construieşte schimbarea terapeutică într-un ritm propriu fiecărui pacient. M. Erickson îşi începea deseori terapiile prin poveşti ce evidenţiau capacităţile de învăţare ale fiinţei umane, fapt ce facilita atât stabilirea unei bune relaţii terapeutice, cât şi sublinierea unor mesaje pozitive : „Este, într-adevăr, dificil să refuzi ideea conform căreia am început să învăţăm de când ne-am născut - deşi acest lucru nu a fost totdeauna uşor. De câte ori nu am căzut înainte de a putea merge, câte confuzii, greşeli nu am făcut înainte de a învăţa să vorbim, să scriem etc... ! întrucât «am învăţat să învăţăm» de când ne-am născut, suntem capabili să învăţăm până la sfârşitul vieţii noastre, chiar dacă începutul fiecărei învăţări este mai dificil". Dezvoltând această temă, terapeutul induce idei pozitive privind evoluţia terapiei.

Deseori, Erickson „pregătea terenul" spunând poveşti fără raport direct cu problema pacientului, ori, pur şi simplu, spunând poveşti complet absurde, care aveau ca scop destabilizarea sau dezorganizarea conştientului. El repeta fraze precum : „Există lucruri pe care le ştiţi, dar nu ştiţi că le ştiţi. Când veţi şti ceea ce nu ştiţi că ştiţi, atunci vă veţi schimba". Acest tip de formulare misterioasă şi fascinantă provoacă pacientul să caute în el însuşi resursele necesare schimbării aşteptate.

Cu cât rezistenţele pacientului sunt mai intense, cu atât apelul la metafore este mai ridicat. Pentru a ilustra această idee putem cita cazul unei femei frigide, speriată de orice conversaţie asupra sexualităţii şi care i-a solicitat ajutorul lui M. Erickson. Acesta, fără să o întrebe de amănuntele problemei sale sexuale, a provocat-o să-i povestească în cele mai mici detalii felul în care proceda pentru a-şi dezgheţa frigiderul.

în mod frecvent la M. Erickson, abordarea metaforică a simptomului lua forma prescripţiilor metaforice, simbolice, însoţite de ritualuri. Astfel, unei femei obeze, acesta i-a cerut să poarte în fiecare zi în geantă o piatră de 3 kg. Arderea, distrugerea, îngroparea, sunt acţiuni care fac deseori parte din prescripţiile simbolice, din cele de doliu în special, indiferent de ce fel de tip de doliu este vorba. Să amintim că doliul nu se referă în mod necesar Ia pierderea unei persoane iubite, ci la orice pierdere în general, precum pierderea unui obiect, faptul că un proiect a devenit nerealizabil etc...

Ceea ce-l deosebeşte pe Erickson de alţi terapeuţi este faptul că se abţine să interpreteze pacientului semnificaţiile metaforelor utilizate. Consecvent principiilor enunţate mai sus, Erickson consideră câ nu este nevoie să „traducă" comunicarea „inconştientă" într-o formă conştientă. Dacă pacientul comunică într-o formă metaforică, Erickson răspunde în acelaşi registru. Utilizând poveştile, acţiunea interpersonaiă şi prescripţiile, el lucrează în cadrul oferit de metaforă pentru a provoca o schimbare, evitând transformarea mesajului ori a acţiunii metaforice într-un discurs raţional, conştient, fapt ce ar putea dăuna rapidităţii şi profunzimii schimbării. Comentând acesl fapt, Haley nota: „In general, interpretările operate asupra comunicărilor inconştientului sunt în mod absurd reducţioniste, cum ar fi şi faptul de a rezuma o piesă de Shakespeare într-o singură frază" (Haley, 1984, p. 33).

3.5. Rezolvarea problemelor

Rezolvarea problemelor a fost definită de Bedell şi Lennox ca fiind „acel proces care asistă persoana pentru a afla atât ce anume doreşte, cât şi cum poate dobândi cel mai eficient acest lucru" (1997, p. 163). Autorii citaţi sunt de părere că la baza rezolvării

eficiente a problemelor şi a atitudinii constructive faţă de eforturile mobilizate în această direcţie poate fi identificată o filozofie fundamentală, ale cărei teze principale sunt următoarele:

- Problemele sunt naturale, confruntarea cu ele ţinând de domeniul firescului şi ne fiind ceva neapărat rău. Fiecare dintre noi are dorinţe pe care nu ştie cum să le satisfacă.
- Este recomandabil să chibzuim înainte de a ne repezi să încercăm aplicarea unor soluţii insuficient elaborate. Prima dintre soluţii s-ar putea să nu fie şi cea mai bună.
- Majoritatea problemelor pot fi soluţionate şi, prin urmare, poate fi justificat să insistăm chiar şi atunci când primele noastre încercări n-au fost încununate de succes.
- Problemele pot fi soluţionate doar daca ne asumăm responsabilitatea rezolvării lor. Acest lucru nu înseamnă însă să ne blamăm sau culpabil izăm pentru dificultăţile întâmpinate.
- în rezolvarea problemelor, atenţia noastră trebuie focalizată asupra măsurilor pe care le putem întreprinde şi nu asupra lucrurilor pe care nu le putem face.
- Eforturile noastre mobilizate în vederea rezolvării problemelor trebuie să se circumscrie în limitele legale şi acceptabile social.
- Soluţiile trebuie să fie căutate în cadrul acelei game de acţiuni şi demersuri, care sunt permise de resursele şi aptitudinile de care dispunem. Cel mai important lucru în acest sens este să avem in vedere că putem controla cu certitudine doar propriul nostru comportament şi prin urmare nu putem miza decât pe ceea ce noi înşine putem face pentru a ne rezolva problemele. Multe probleme se exacerbează sau se cronicizează tocmai datorită faptului ca persoana aşteaptă zadarnic ca altcineva să depună eforturile necesare pentru a o elibera de această povară.

Rezolvarea problemelor presupune existenţa unor abilităţi şi deprinderi, a căror absenţă sau dezvoltare insuficientă poate antrena o serie de dificultăţi de adaptare. Spivack şi colab. au întocmit următoarea listă, care cuprinde acele abilităţi implicate în soluţionarea problemelor care prezintă relevanţă din punctul de vedere al adaptării la situaţiile interpersonale. Prezentăm în continuare această listă, cu menţiunea ca implicaţiile acestor abilităţi pot afecta, în funcţie de natura concretă a problemei cu care se confruntă persoana, adaptarea la oricare domeniu al existenţei:

- *Gândirea soluţiilor alternative* - se referă la capacitatea de a genera soluţii diferite, care poi rezolva problemele în situaţiile interpersonale.
- *Gândirea de tip mijloace-rezultate* - implică conştientizarea paşilor intermediari care sunt necesari pentru atingerea unui anumit scop.
- *Gândirea în termeni de. consecinţe* - este asigurată de capacitatea de a anticipa ce anume se va întâmpla în cazul recursului la o anumită modalitate de rezolvare a problemei.
- *Gândirea cauzală* - capacitatea de a lega în timp un eveniment de un altul, fără a şti de ce un anumit eveniment a generat o acţiune particulară a altor persoane.
- *Sensibilitatea fa(ă de problemele interpersonale* - capacitatea de a percepe o problemă atunci când ea există şi de a identifica aspectele interpersonale rezultate din confruntarea cu aceasta (după Kazdin, 1994, p. 312).

Pearce (1997) prezintă studii de caz pentru a argumenta eficienta hipnozei, a vizualizării și a imaginației în atingerea unor obiective personale ce includ abandonarea unor obiceiuri nedorite și înlocuirea lor prin atribute mai pozitive, dobândirea unor deprinderi și abilități noi sau a unor calități apreciate ca dezirabilc. Tehnicile grupate în această categorie de intervenții se constituie de regulă în intervenții inspirate din metodele de modificare a comportamentului și a activităților cognitive implicate în soluționarea problemelor și depășirea obstacolelor cu care persoana se confruntă, aplicate în contextul recursului la hipnoză, multe dintre ele făcând însă parte dintre intervențiile metaforice.

Metafora *„Trei curii",* adaptată după Hunter (1988) și prezentată în Anexa 3, face parte din această din urmă categorie. Obiectivul vizat de intervenție constă în evidențierea acelor componente ale problemei cu care se confruntă clientul, care pot fi controlate de către acesta și pe care ar fi dispus să le modifice, respectiv în concentrarea eforturilor mobilizate în vederea rezolvării problemei asupra acestor elemente. Recunoscând importanța acestui demers, clientul poate economisi importante resurse, care ar fi altfel risipite prin investirea în eforturi inutile și poate face astfel dovada unei eficiente crescute în rezolvarea problemei în fața căreia s-a simțit neputincios. O altă intervenție, elaborată de aceeași autoare *(„Metafora aisbergului")* își propune dezvoltarea unei alte abilități importante în rezolvarea problemelor, anume desprinderea unor componente simple, soluționabile, ale problemei globale și apropierea treptată de rezolvarea acesteia din urmă, prin soluționarea succesivă a părților ci componente. Metafora insistă, de asemenea, asupra diminuării treptate a ansamblului problemei, ca rezultat al înlăturării unor părți ale ei, contribuind astfel și la întărirea sentimentului controlului asupra situației și al succesului. (Varianta în limba română a acestei metafore este prezentată în Holdevici, 2001.) în sfârșit, o a treia intervenție metaforică pusă în slujba rezolvării de probleme, intitulată *„Frunzepe heleșteu""* (Hunter, 1988), se adresează acelor probleme față de care mai eficientă este o atitudine pasivă, pentru ca persoana să-și poată concentra resursele asupra problemelor urgente sau cu adevărat importante. Soluția propusă de această metaforă este de a așeza simbolic problemele respective pe bărcuțele formate din frunzele care plutesc pe heleșteul ce se găsește într-o dumbrava plăcută și de urmări cu privirea cum curentul propulsează aceste mici ambarcațiuni încărcate cu o parte din problemele j Hemului, spre punctul în care apa din heleșteu se scurge într-un mic râu, respectiv cum, purtate de ape, se pierd în depărtare. Această abordare prezintă similitudini cu cele în -•are probleme a căror rezolvare trebuie amânată sunt încredințate spre păstrare unei persoane de încredere (de exemplu terapeutului sau unui protector imaginar), respectiv suni închise într-un seif sau ascunse într-un loc sigur. Este important ca toate aceste descărcări simbolice de responsabilitate sau de povara apăsătoare a unor probleme a căror rezolvare nu este deocamdată oportună sau este chiar imposibilă, să fie trăite de către client prin vizualizarea acestor mici scenete. Participarea experiențială îi permite persoanei să .răiască sentimentul de ușurare generat de eliberarea, măcar temporară, de unele probleme care oricum nu pot fi soluționate in prezent, dar a căror revenire periodică în gândurile clientului riscă, nu doar să distragă atenția persoanei de la prioritățile sale, dar ji să-i întărească sentimentul copleșirii de probleme pe care nu le percepe ca rezolvabile.

Pentru Alman și Lambrou (1992), primul pas în rezolvarea propriu-zisă a problemelor -ar constitui nu alegerea celei mai eficiente metode pentru rezolvarea problemei, ci iescoperirea cât mai multor alternative posibile. Autorii apreciază că nici nu se poate irbi de selectarea celei mai promițătoare dintre soluții, atât timp cât persoana nu poate

cuprinde întreaga gamă de posibilităţi. în acest scop, ei recomandă, în primul rând, un exerciţiu hipnotic introductiv, care să-i permită persoanei să privească în general lucrurile dintr-un alt unghi decât cel din care este obişnuit să le contemple (de exemplu: să se imagineze înălţându-se cu un balon printre nori, să exploreze norii din interiorul lor, să privească de Ia înălţimea lor desfăşurarea vieţii etc). După ce astfel s-a creat o atitudine favorabilă ieşirii din tiparele obişnuite ale percepţiei şi gândirii, se poate focaliza atenţia asupra fluxului creativ pornit din inconştient. In buna tradiţie a *brainstorming-\i\ui,* atitudinea faţă de alternativele propuse este una lipsită de orice critică, persoana permiţându-şi să le examineze din punctul de vedere al aplicabilităţii sau eficienţei lor doar după ce a ajuns în posesia unui număr cât mai mare de „posibile soluţii". Această intervenţie poate fi facilitata de sugestii de tipul: *„Pot descoperi cât de uşor îmi este să mă ridic deasupra norului soluţiilor convenţionale şi să întrezăresc multitudinea soluţiilor posibile, exact aşa cum pot vedea multitudinea de flori dintr-un câmp sau mulţimea copacilor atât de diferiţi dintr-o pădure. Şi este atât de plăcui să pot permite fluxului gândurilor mele să se îndrepte în direcţia deschiderii către noi idei şi variaţii'" (op. cit., p.* 204).

Watzlawick *et al.* (1990), în lucrarea lor clasică asupra schimbării, atrag atenţia asupra unui alt aspect ce trebuie avut în vedere în rezolvarea de probleme, anume asupra nivelului Ia care urmează să acţioneze strategia de rezolvare. Autorii identifică în acest sens două tipuri de probleme: (a) cele de gradul întâi pot fi rezolvate în cadrul sistemului în care problema a apărut, prin soluţii care implică simpla intensificare a eforturilor depuse până în momentul actual şi care s-au dovedit neeficiente datorită insuficientei mobilizări, respectiv (b) problemele de gradul doi, care nu pol fi rezolvate decât prin depăşirea cadrului dat, în care se manifestă problema, respectiv în care au fost instituite măsurile ce s-au dovedit zadarnice. In cazul problemelor care fac parte din această a doua categorie, soluţiile de tipul *„mai mult, din ce s-a făcut până acum"* nu pot decât să agraveze situaţia. In cazul unora dintre acestea, doar ieşirea din sistemul care Ie-a generat poate permite rezolvarea. Astfel, imposibilitatea de a comunica cu partenerul poate fi soluţionată în cazul în care relaţia de cuplu este iremediabil deteriorată, doar prin renunţarea atât la încercările repetate de a stabili o punte de comunicare, cât şi la relaţia propriu-zisă, exact aşa cum în anumite cazuri opţiunea pentru o anumita specializare universitară se dovedeşte a fi atât de proastă, că doar întreruperea studiilor şi alegerea unui alt profil pot înlesni renaşterea capacităţii de a învăţa. In alte cazuri, rezolvarea trebuie căutată în abandonarea acelui sistem din care face parte soluţia încercată până în momentul actual. în cazul copilului, de exemplu, care „se blochează" de teamă în momentul în care este chemat să răspundă la şcoală, soluţia nu poate fi găsită în ameninţarea cu pedepse şi mai aspre în caz de eşec, ci dimpotrivă, în înlăturarea totală a acestora şi în adoptarea unei atitudini cât mai permisive şi mai relaxate faţă de eşec. Intervenţiile paradoxale (de exemplu, prescrierea eşecului sau al comportamentului simptomatic de către terapeut, sau de către oricare alt agent aflat în slujba schimbării) sunt exemple tipice pentru soluţiile ce pot fi aplicate problemelor de gradul doi. Identificarea corectă a categoriei din care face parte problema cu care se confruntă clientul reprezintă un demers care poate profita din plin de pe urma ajutorului venii din partea hipnozei. O modalitate posibilă de abordare constă în invitarea inconştientului sa comunice prin intermediul răspunsului ideomotor lipul de soluţie pe care îl apreciază ca fiind satisfăcător pentru problema cu care se confruntă clientul. O altă variantă ar consta în „testarea" imaginară a diferitelor tipuri de soluţii, pentru a identifica pe acela dintre ele, care se dovedeşte a fi viabil.

Ajutorul acordat, persoanelor care se confruntă cu probleme concrete poate îmbrăca forme foarte variate, în funcție de nevoile personale ale acestor clienți- Astfel, intervenția poate viza stabilirea de priorități, exploatarea mai eficientă a timpului avut la dispoziție, însușirea unor abilități sau tehnici de soluționare a problemelor, inhibarea predispoziției spre procrastinație, respectiv diminuarea sau chiar înlăturarea temerilor legate de eșec. Majoritatea acestor intervenții sunt construite prin adaptarea unor intervenții elaborate ca tehnici comportamentale la posibilitățile oferite de hipnoză.

Falloon *et al.* (1993) propun - din perspectiva *terapiei comportamentale familiale* - o intervenție structurată, desfășurată în șase etape pentru rezolvarea problemelor, subliniind că foarte puține familii (și indivizi, am adăuga noi) structurează în mod obișnuit problemele cu care se confruntă. Dimpotrivă, regula este mai degrabă abordarea oarecum intuitivă, dacă nu chiar impulsivă, a acestora, consecința fiind eșecul eforturilor mobilizate în vederea soluționării sau rezolvarea parțială a problemelor. Astfel, de multe ori problemele se cronicizează sau continuă să impună mari cheltuieli energetice din partea persoanei, care adesea nici măcar nu este conștientă de persistența lor. Din acest punct de vedere pare pertinentă ipoteza conform căreia însușirea unui astfel de model de către persoană (sau familie), îi poate permite acesteia să prevină eșecurile inevitabile în condițiile recursului la eforturi nestructurate, mobilizate în vederea rezolvării problemelor. Secvențele propuse de autori sunt următoarele:

1. Definirea exactă a problemei;
2. întocmirea listei soluțiilor posibile ;
3. Anticiparea consecințelor posibile ale diferitelor soluții;
4. Selectarea celei mai eficiente dintre strategii;
5. Planificarea și implementarea soluției selecționate ;
6. Evaluarea rezultatelor.

Metoda propusă de autori nu arc în vedere aplicarea acesteia în contextul unei intervenții hipnotice, dar aceasta din urmă poate oferi o serie de avantaje pe care le prezentăm în continuare, fără pretenția unei cuprinderi exhaustive a acestora. Vizualizarea în transă a problemei poate contribui la o definire mai adecvată a problemei, pe când mobilizarea resurselor creatoare ale inconștientului facilitează procesul identificării soluțiilor posibile. Cît privește secvența care vizează anticiparea posibilelor consecințe ale recursului ia diferitele soluții, aceasta poate fi sprijinită nu doar prin imaginarea acestor consecințe, ci chiar prin derularea pe ecranul mental a întregului „film" al aplicării strategiilor de rezolvare, trăirea în imaginație a „implementării" acestora contribuind și la furnizarea unor date ce vor putea fi utilizate în procesul decizional menit să identifice soluția optimă. Această a patra secvență a rezolvării structurate a problemei mai poate fi susținută și de implicarea interogării inconștientului asupra opțiunii, prin metoda semnalizării ideomotorii. înainte de aplicarea propriu-zisă a strategiei, apreciată *ZA* cea mai potrivită de către persoană, stima de sine a acesteia poate fi ameliorată prin tehnici de întărire a cului, sporind astfel șansele de succes ale demersului. Este interesant de menționat faptul că exact aceste clape ale rezolvării problemelor sunt preconizate și de către Bedell și Lennox (1997), cu unica diferență că în concepția acestor din urmă autori, cele șase secvențe prezentate mai sus sunt precedate de cea a luării la cunoștință i problemei. Merită, de altfel, să prezentăm și clementele care, în accepțiunea celor doi autori, permit definirea problemei. Acestea ar fi (a) descrierea situației problematice.

(b) identificarea propriilor dorinţe, (c) identificarea dorinţelor expectaţiilor celorlalţi. (d) construirea unei afirmaţii referitoare la modul in care nevoile - persoanei sau ale celorlalţi - ar putea fi satisfăcute (calea de acces la satisfacerea acestora) şi (e) evaluarea acestei afirmaţii. In ceea ce priveşte afirmaţiile de la punctul (d), acestea trebuie să satisfacă următoarele patru criterii: (1) punerea lor în scenă nu trebuie să fie precedată de atingerea altui scop, (2) formularea să fie pozitivă, (3) calea de acces găsită să fie legală şi acceptabilă social şi (4) recursul la aceste căi să fie accesibil persoanei (să-i sica în putinţă sa recurgă la ele). în ceea ce priveşte cel dintâi criteriu, dacă se constată că modalitatea identificată pentru satisfacerea nevoilor nu este practicabilă până la realizarea altor obiective, persoana trebuie sa-şi orienteze atenţia şi eforturile, înainte de toate, în direcţia atingerii acestora. Nesaţisfacerea celorlalte criterii impune reformularea afirmaţiilor sau înlocuirea acestora cu altele care pot fi considerate acceptabile.

Cea mai complexă intervenţie care vizează rezolvarea problemelor este *recadrarea,* pe care ani prezenta t-o însă ca intervenţie de sine stătătoare.

Nu putem încheia fără a sublinia importanţa identificării acelor probleme care nu pot fi rezolvate şi cu care, în consecinţă, persoana trebuie să înveţe sa coabiteze. Watzlawick *el al.* (1990) insistă asupra faptului că eforturile continue, mobilizate în vederea soluţionării acestui lip de probleme, nu are darul decât de a contribui la agravarea lor. Pierderile ireversibile fac parte din această categorie, asemeni foarte multor lucruri care depind de alte persoane sau de desfăşurarea firească a unor procese naturale ori sociale. Rezolvarea cu adevărat posibilă şi viabilă a acestor situaţii constă în găsirea acelor resurse care ne pot ajuta sa le putem accepta cu cât mai multă resemnare sau seninătate cu putinţă. Tehnicile cate vizează descoperirea câştigurilor personale implicate in aceste pierderi pot fi la fel de eficiente în unele situaţii, precum invocarea unor concepţii filozofice sau religioase. Şi în aceste cazuri, aportul intervenţiilor metaforice se poate dovedi benefic.

3.6. Intervenţiile specifice

Sunt intervenţii ce vizează asigurarea unor componente ale terapiei care se adresează unor nevei subordonate obiectivelor terapeutice majore. Putem include în această categorie antrenamentul asertivilăţii (afirmării de sine) şi al altor abilităţi de comunicare eficientă, încurajarea spontaneităţii, dezvoltarea receptivităţii faţă de trăirile emoţionale, însuşirea şi antrenamentul hipnotic al unor forme de comportament adaptat etc. Unele dintre aceste intervenţii urmăresc un plan structurat sau îmbracă forma unor scenarii structurate, în timp ce altele se definesc doar prin obiectivul terapeutic vizat, forma concretă a realizării acestora urmând să fie stabilită de terapeut. Vom ilustra prima categorie prin trei exemple.

Prelucrarea incidentelor critice constituie o intervenţie destinată cu precădere persoanelor care au suferit traume ce au reprezentat puncte de cotitură în viaţa lor. Yapko (1990, p. 310) stabileşte următoarele secvenţe ale intervenţiei:

1. Inducerea transei, generarea unei stări de confort;
2. Regresia de vârstă la contextul în care se desfăşoară incidentul;
3. Explorarea contextului;
4. Evocarea asociaţiilor emoţionale;
5. Identificarea distorsiunilor centrale;

6. Catharsisul;
7. Disocierea de a teci;
8. Modificarea dimensiunilor reprezentarii/recadrarea ;
9. Restructurarea focusului atenției și a conținu tu Iui memoriei;
10. Amplificarea reprezentărilor alternative;
11. Progresia de vârstă cu noile resurse;
12. Sugestii posthipnotice pentru accesarea în viitor a amintirii incidentului;
13. Revenirea din transă.

Autorul subliniază faptul că aprecierea caracterului traumatic al evenimentelor se face de către client. Chiar dacă în aprecierea terapeutului întâmplările la care se face trimitere ar fi lipsite de dramatism, acesta trebuie să acorde credit clientului, de fapt singurul în măsură să aprecieze impactul avut asupra lui de evenimentele în cauză. Yapko avertizează, de asemenea, asupra faptului că evocarea experienjială a incidentelor traumatice se face cu scopul prelucrării acestora, după modelul prezentat și nu pentru a satisface nevoile voyeurisle ale terapeutului. Dacă hipnoterapeutul nu are în vedere structura mai sus schițată, simpla evocare a evenimentelor dureroase riscă să bulverseze clientul, fără a-i aduce însă acea eliberare de sub povara amintirii lor, care constituie de fapt obiectivul terapeutic.

Crearea generatorului de comporiainente nai este o tehnică elaborată de Bandlcr si Grinder (1981), pentru substituirea unor forme de comportament apreciate de către client ca nesatisfăcătoare. Intervenția, practicată în hipnoză, urmărește următorul algoritm *(op. cit.*, p. 182):

1. Selectarea situației (contextului) în care se dorește un nou comportament;
2. Alegerea unui model de urmat;
3. Urmărirea atentă a modului în care modelul acționează în situația dată (ca într-un film);
4. Clientul înlocuiește imaginea modelului cu cea a propriei persoane ;
5. Clientul pășește în film pentru a trăi și kinestezic noua formă de comportament;
6. Orientarea spre viitor: stabilirea stimul ui ui-che ie, din partea căruia se așteaptă declanșarea noii forme de comportament în locul celui vechi,

Strategia prezentată mai sus își propune modificarea directă a comportamentului iiedorit. In cazul în care aplicarea ei evocă rezistențe din partea clientului, se poate combina cu recadrarea. In situațiile în care persoana întâmpină dificultăți în găsirea unor modele satisfăcătoare, terapeutul ti poate sugera să caute fie printre amintirile legate de situațiile în care ca însăși s-a manifestat mai potrivit cu propriile expectații, fie printre cele legate de persoane pe care le-a respectat sau admirat și care cu certitudine s-ar fi comportat mai eficient într-o situație ca cea în care se dorește schimbarea.

Intervențiile care se adresează „copilului interior" au la bază lucrările lui Bradshaw, .are, la rândul lui, s-a inspirat din teoria analizei tranzacționale asupra ipostazelor eului, :iind în egală măsură influențat de hipnoza ericksoniană. Setul de exerciții propus de bradshaw (1993) se adresează acelor clienți, al căror „copil interior" a suferit vătămări, i:i majoritatea cazurilor în relațiile cu părinții sau care nu s-a putut dezvolta îndeajuns, „.i urmare a restricțiilor ce i-au fost impuse. Altfel spus, aceste intervenții vizează descoperirea surselor unor patternuri de reacție care pol fi puse pe seama unor „leziuni

ale eului", suferite în perioada copilăriei sau a adolescenţi, respectiv remedierea acestora. Ideea fundamentală este aceea că adultul, care este clientul Ia ora actuală, poate - beneficiind de resursele sale actuale - lua în ocrotire copilul rănit care a fost, permiţându-i astfel acestuia să dezvolte acel sentiment fundamental al încrederii şi siguranţei, care nu s-a putut dezvolta la momentul oportun şi să permită astfel înlăturarea acelor mecanisme defensive, care contribuie la generarea problemelor actuale. Alte intervenţii adresate „copilului interior" îşi propun, dimpotrivă, descoperirea şi valorificarea unor resurse ale copilăriei, care au fost între timp dezactivate. Exemplul nostru de mai jos, intitulai *„Meditafi<> asupra unei amintiri creatoare din copilărie"* face parte din această din urmă categorie:

„Concentrafi-vă asupra respiraţiei... Luaţi cunoţtiiilâ de ceea ce se întâmplă în corpul dvs. în timp ce inspiraţi... Şi expiraţi... începe/i lent să expiraţi un abur alburiu care formează cifra 5 pe un fond negru... Dacă nu puteţi vedea cifra 5, pictaţi-o mental cu degetul... Expiraţi apoi cifra 4 sau pictaţi-o cu degetul... Simţiţi cum vă lăsaţi purtai (â) puf in... Fi(i conştient (â) in acelaşi timp că vă reţineţi atât timp cât doriţi... Acum expiraţi sau pictaţi cifra 3... Puteţi în acest moment să vă lăsaţi purtat(ă) puţin mai mult....Amimiţi-vă primele timpuri în care aii învăţat să ţineţi... ţi să daţi drumul din mână... Aţi învăţat să ţineţi când aţi început să merge(i... Când aţi început să mergeţi singur (ă)... Aii învăţat să vă daţi drumul când vă dădeaţi într-un leagăn şi simţeaţi cum vântul vă ridică părul... V-afi dat drumul atunci când aţi visat pentru întâia oară cu ochii deschişi şi când mergeaţi să vă culcaţi seara... Ştiţi deci până la ce punct să vă ţineţi şi până la ce punct să vă daţi drumul... Şi puteţi rămâne complet conştient(ă) de vocea dvs., de muzica pe care o ascultaţi, de atingerea hainelor pe corpul dvs.... Conşlientfă) de spatele dvs. sprijinii de fotoliu, de aerul de pe chipul dvs. . . . Şi în acelaşi timp intraţi într-o transă uşoară şi odihnitoare... Puteţi simţi că tot exteriorul corpului dvs. e greu... sau la fel de uşor ca un fulg... Fie că simţiţi greutate sau uşurare, vă puteţi lăsa pradă acestei senzaţii, o puteţi lăsa să vă poarte într-un vis... Va fi visul unei descoperiri... In acest vis veţi regăsi o amintire din copilăria uitată de mult fi neobişnuită... ft/ate fi foarte clară sau foarte vagă... Dar visul dvs. vă va arăta cu siguranţă amintirea unui germene creator..,. Poate că şi exprimaţi deja această creativitate în viaţa dvs. sau poale veţi găsi o amintire care să constituie sămânţa de care aveţi nevoie acum... O veţi şti... Şi ceea ce veţi şti va fi hîne pentru dumneavoastră.... Pregătiţi-vă. fiţi gata să-i acordaţi exact două minute, ceea ce reprezintă tot timpul din lume pentru inconştient... In interiorul acestui timp veţi descoperi un alt timp... Puteţi începe acum... (Pauză de două minute.) *Oricare ar fi experienţa pe care tocmai o trăiţi, ea este bună pentru dvs.... Sunteţi exact acolo unde aveţi nevoie să fiţi.... Puteţi să vă gândiţi la această experienţă... Poate că ştiţi deja... Poate aveţi nevoie să luaţi ceea ce aţi primit şi să trăiţi cu acest lucru câteva zile... Sau poate câteva săptămâni... Numai dvs. oştiţi... E posibil să fiţi surprins0)-- Să fiţi deodată conştient (â) de ceva... Când veţi privi ceva, când veţi cili o carte, când veţi merge... Acest lucru vă va apărea....Acum vedeţi cum apare lent cifra 3, simţiţi-vă mâinile şi mişcaţi-vă degetele picioarelor... Vedeţi apoi cifra 5 şi simţiţi că tot corpul dvs. este treaz... Lăsaţi acum spiritul dvs. să redevină complet alert, simţiţi că v-afi recăpătat total starea dvs. de conştientă normală... Acum deschideţi ochii..."* (După Bradshaw, 1993, pp. 342-343).

Price (1996) apreciază că intervenţiile adresate „copilului interior" sunt bazate cel puţin pe stările ego-ului şi nu pot fi reduse la o simplă metaforă sau vizualizare plăcută. Intervenţiile care fac pane din această categorie şi a căror gamă nu este nici pe departe epuizată de cele câteva exemple pe care le-am prezentat, întregesc colecţia mijloacelor hipnoterapeutice. Este recomandabil, ca asemeni tuturor celorlalte tehnici hipnoterapeuiice, şi acestea să fie utilizate doar în cazurile în care problema concretă a clientului justifică recursul la ele. Este necesar totodată, ca terapeutul care le utilizează să fie

conștient de întreaga gamă de reacții ale clientului pe care aplicarea lor le poate genera și, mai important chiar, să dispună de mijloacele terapeutice necesare pentru a putea gestiona aceste răspunsuri în condiții de deplină securitate pentru persoana avută în tratament.

4. Revenirea din transă

Revenirea din transa se poate face practic foarte simplu, invitând clientul - după ce intervenția hipnoterapeutică propriu-zisă și-a atins obiectivele - să deschidă ochii. Uneori clientul este cel care revine în mod spontan, fără a aștepta o invitație formală în această direcție. Pe de altă parte însă, nu este mai puțin adevărat nici faptul că, procedând astfel, ne asumăm riscul unei reveniri prea abrupte. In astfel de condiții, ne putem aștepta ca persoana să întâmpine dificultăți de readaptare și reorientare, simțindu-se confuză sau derutată. Senzația asociată acestei modalități de terminare a transei poate fi una neplăcută, sentimentul de disconfort putându-se asocia cu manifestări fiziologice dezagreabile. Mai mult, prin revenirea prea abruptă din transă, unele dintre fenomenele induse hipnotic ar putea persista, transformându-se. Ia rândul lor, în surse de disconfort.

Pe de altă parte, majoritatea autorilor insistă ca revenirea din transă să fie treptată și să includă anularea tuturor modificărilor induse prin hipnoză. în cadrul acestei secvențe, parcurgem practic împreună cu clientul, drumul invers al intrării în transă, urmărind să înlăturăm toate senzațiile pe care le-am indus și să sugerăm revenirea „la normal" a ruturor senzațiilor a căror diminuare am comandat-o pentru a genera transa. Atenția clientului este comutată dinspre evenimentele petrecute în interiorul Iu* asupra celor din exterior, la care urmează să se adapteze din nou cu maximum de eficiență. Dacă inducând transa căutăm să generăm o stare vecină cu presomnolența, la revenirea din hipnoză obiectivul este redinamizarea clientului. în sfârșit, spațiul asigurat pentru „reorientarea clientului spre starea de veghe" ne oferă șansa de a puica întări cele învățate în transă.

Havens și Walters (1988) propun ca revenirea din transă să se facă în cinci secvențe succesive, fiecare dintre acestea asumându-și îndeplinirea unor obiective specifice.

Trecerea în revistă a celor învățate în transă - vizează întărirea cunoștințelor însușite în cadrul intervenției. Se realizează prin sugestii de genul:

> *. . . . „Și acum, înainte de a reveni la starea de veghe conștientă... la starea normală de veghe... vei putea profita de șansa... oferită de această stare confortabilă de conștientă de sine.-- de a deveni și mai conștient(â) de acele lucruri... pe care te vei putea utiliza mai târziu... acele lucruri pe care le-ai invălat... acele abilități și deprinderi pe care le-ai trecut poate cu vederea până acum... și de a dobândi o nouă viziune... asupra posibilităților de a recurge la noi modalități... de a gândi, de a simți sau de a face lucruri... Este bine... te poți l&ia acum... câtva timp... un timp scurt care poate părea atât de mult timp... pentru a revizui și a planifica... la un anumit nivel al conștientei— acele lucruri pe care le vei face mai târziu... acele lucruri pe care le vei schimba mai târziu... atunci când vei începe să te folosești din ce în ce mai mult... de ceea ce ești și poți în mod real...".*

Ratificarea sugestiilor - este secvența prin care sunt întărite sugestiile date în timpul intervenției:

> *„... iar acum te poți folosi de timpul care ne-a rămas la dispoziție... pentru că peste câteva momente, atunci când vei aluneca înspre starea de veghe... și te vei trezi- • ți se va părea*

interesant să ştii că în această alunecare, in aceasta stare de relaxare a fiinţei, în cari gândurile plutesc precum visele ce devin conştiente, pentru un timp... trecând printre gânduri.. lăsatul, in urmă unele dintre ele, pentru a fi utilizate, cândva, mai târziu. în timp ce altele sun: reţinute... dor după aceea se îndepărtează, din ce în ce mai mult, devenind uitate in timp... toată trăirea lor părând a fi atât de departe, atunci când inconştientul tău protejează partea ta conştientă... lăsând aceste lucruri în urmă... uitate... dar în acelaşi timp păsrrândulc amintirea... şi timpul se modifică, de asemenea, astfel încât să poţi şti cum anume e.iie o transă... atunci când începi să ştii că ceea ce părea să dureze atât de puf in s-a dovedit a lua atât de mult timp... sau că ceea ce părea să persiste atât de mult, de fapt nu a durat deloc...".

Reorientarea spre starea de veghe - cuprinde acele comenzi, prin intermediul cărora atenţia clientului este îndreptată treptat din nou asupra stimulilor din exterior, pe baza cărora persoana se poate adapta la condiţiile mediului:

.... iar acum.-, inconştientul tău le poate permite... instanţelor tal conştiente... să ia din nou la cunoştinţă sunetele... sunetele din această încăpere... sunetul vocii mele...* [Volumul vocii şi tempo-ul prezintă un crescendo uşor| *precum şi senzaţiile din braţ... şi din picior... variatele gânduri şi sentimente... în timp ce revii treptat la starea de. veghe* conştientă. (Se lasă o scurtă pauză pentru a permite clientului să-şi deschidă ochii. Mulţi clienţi încep să se mişte şi să întindă când se ajunge aici. în timp ce alţii îşi deschid pur şi simplu ochii si rămân nemişcaţi. In ambele cazuri se trece la scurt timp după deschiderea ochilor la formularea comentariilor menite să distragă atenţia clientului. Toate aceste comentarii sunt rostite pe un ton al vocii cât mai asemănător cu cel folosit in conversaţiile obişnuite.]... *si revii complet la suirea de veghe conştientă* ***acum...*** *ia suprafaţa stării de veghe conştientă... odihnit (â) şi reconfortat(ă)... acum când revii complet la starea de veghe conştientă... şi ochii se pot deschide acum... aşa, ochii se deschid.., şi starea de veghe revine complet...".*

Comentariile pentru distragerea atenţiei - sunt utilizate pentru a împiedica clientul să se consacre imediat unei analize a celor petrecute în timpul transei şi pentru a oferi astfel o şansă ca intuiţiile şi deciziile care au nevoie de a mai rămâne în zonele protectoare ale inconştientului să evite confruntarea prea brusca cu scrutinul critic al instanţelor conştiente. Aceste comentarii sau strategii de distragere pot îmbrăca forme diferite. Unele dintre ele revin brusc Ia probleme discutate înainte de inducerea transei, dar care nu au fost atinse în cadrul intervenţiei (de exemplu : *„M-am mai gândit în legătură cu ce ziceai despre..."* [se menţionează una dintre temele discutate în prealabil]), altele sunt total lipsite de legătură cu situaţia, luând literalmente clientul prin surprindere *(„Ce crezi, vom avea vreme frumoasă zilele astea ?* ") sau fac trimitere Ia planurile clientului pentru viitorul apropiat *(„Te-ai gândit ui ce vei face în acest sfârşit de săptămână ?* ").

întrebările referitoare la transă - sunt adresate clientului de regulă după ce nc-am asigurat prin strategiile de distragere a atenţiei că am asigurat suficient timp sedimentării intuiţiilor şi deciziilor luate. Unele dintre aceste întrebări sunt cu caracter mai degrabă general (de exemplu : *„Există ceva în mod special din cele trăite ele tine pe parcursul acestui exerciţiu, pe care ai dori să-/ relatezi* ?" sau *„Care este lucrul pe care ţi-l aminteşti cel mai clar în legătură cu experienţa pe care ai trăit-o ?* " etc). **Alte întrebări** sunt ţintite şi vizează aspecte pe care terapeutul Ie consideră importante din punctul de vedere al obiectivelor terapeutice urmările.

Autorii subliniază în legătură cu această investigare posthipnotică a celor trăite în timpul transei de către client, că aceasta nu se poate constitui într-un mijloc eficient de evaluare a eficienţei intervenţiei, în primul rând datorită faptului că multe dintre

rezultatele acestui demers vor fi sesizabile doar după câteva zile sau săptămâni. Această secvență vizează mai degrabă identificarea acelor elemente care au facilitat, respectiv îngreunat inducerea transei și practicarea intervenției, decât evaluarea rezultatului terapeutic. Mai mult chiar, putem profita de această secvență a intervenției pentru a asigura clientul de faptul că se poate aștepta ea efectul intervenției să se materializeze sau să se completeze progresiv în timp, întărind astfei expeetațiilc pozitive față de progresele posfhipnoiice.

CAPITOLUL X

Autohipnoză

Originile autohipnozei pot fi regăsite în cercetările lui Vogt, efecluate între anii 1893-1900, în metoda sugestivă propusă de Coue, respectiv în antrenamentul *(tmining)* autogen elaborat de Schultz, dacă nu chiar în practicile meditative ale yoghinilor. Fundamentul oricărei metode de autohipnoză îl reprezintă recunoașterea faptului că, în esența ei heterohipnoza nu este nimic altceva, decât hipnoză indusă din exterior, care se transformă în autohipnoză. Nici o sugestie hipnotică nu își poate atinge obiectivul în ahscnța acestei secvențe prin care ea este tradusă în autohipnoză. Tratate multă vreme ca opuse una celeilalte (cel puțin prin dispunerea de-a lungul axei dependență-autonomie) - in special datorită preconcepțiilor, dar și a teoriilor care într-o primă etapă a dezvoltării hipnozei au dominat modul în care se gândea asupra fenomenelor hipnotice - în zilele noastre auto- și heterohipnoza sunt privite mai degrabă ca aliate puse în slujba aceloraşi obiective, care se completează reciproc, contribuind practic într-o măsură sensibil egală ia rezolvarea problemelor tratate prin hipnoterapie. Majoritatea tratatelor de hipnoză consacră părți mai mult sau mai puțin ample autohipnozei, foarte multe chiar dintre programele terapeutice prezentate în acest volum subliniind importanța completării intervențiilor realizate în condițiile asistării de către terapeut cu exercițiile efectuate pe cont propriu. Semnificativ în acest sens este și faptul că foarte multe dintre studiile recente, dedicate tratamentului hipnotic al unor probleme variate, nici măcar nu consideră important să specifice în titlul lor că-se referă eminamente la metode de autohipnoză.

Creșterea semnificativă a ponderii autohipnozei în cadrul tratamentelor hipnoterapeucice este în legătură directă cu evoluția concepțiilor asupra hipnozei, în particular, respectiv asupra psihoterapiei, în general. Această deplasare a accentului asupra contribuției active a clientului la realizarea obiectivelor terapeutice nu face decât să se ralieze la tendința legitimă - ce-și găsește practic expresia în cadrul majorității școlilor psiholerapcutice la ora actuală - de a miza în cea mai mare măsură cu putință pe eforturile pe care persoana însăși le poate mobiliza în vederea rezolvării problemelor cu care se confruntă. Nu este mai puțin adevărat nici faptul că noile posibilităţi tehnice, oferite de dezvoltarea mijloacelor audiovizuale moderne, au deschis la rândul lor perspective care facilitează în bună măsură realizarea acestor deziderate.

Recunoașterea importanței contribuției pe care autohipnoză o poale aduce în sporirea eficienței hipnoterapiei, nu ne scutește de sarcina definirii riguroase a autohipnozei și j condițiilor în care ea poate fi practicată în deplină siguranță. Am amintit, în introducerea acestui capitol, că mulți specialiști sunt de acord în a susține că, în esență, orice hipnoză ar fi autohipnoză. Este de ia sine înțeles că, dacă această aserțiune poate fi acceptată ca fiind validă cu privire la mecanismele intime care participă

la impunerea sugestiilor hipnotice, ea în nici un caz nu trebuie să ne conducă la convingerea că cele două forme de intervenţie hipnotică nu ar prezenta diferente importante.

De Betz (1985) înţelege prin autohipnoză „capacitatea persoanei de a intra în mod voluntar, sub influenta propriilor sugestii in starea de transă hipnotică" *(op. cit.*. p. 53). în timp ce pentru Caprio şi Berger autohipnoză ar desemna „inducerea stării hipnotice chiar de către persoană" (1974. p. 12). Alman şi Lambrou (1992) constată, ta rândul lor. că în cazul auiohipnozei persoana este în egală măsură operatorul si subiectul intervenţiei sau, în termeni împrumutaţi din arta scenică, şi regizorul şi deţinătorul rolului principal.

Considerăm că principalul reproş caic se poale aduce acestui gen de definiţii ar fi acela ca, practic, fiecare dintre ele eşuează în a circumscrie acele limite operaţionale ale contribujiei persoanei la generarea stării hipnotice, în cadrul cărora aceasta poate li considerată. Nu reiese, într-o manieră lipsită de echivoc, din aceste definiţii dacă inducerea voluntară a transei chiar de către persoană s-ar rezuma doar la situaţiile în cure ea însăşi ar fi cea care ar ros li (în gând sau în şoaptă) formulele menite să inducă transa (cum se întâmplă de exemplu în antrenamentul autogen), sau dacă ar fi asimilabile aici şi toate situaţiile în care, în cadrul unei intervenţii heterohipnotiee, clientul ..traduce" sugestiile terapeutului în autosugestii. Dacă am accepta ca definitorie pentru hipnoza indusă chiar de către persoană doar prima variantă, foarte limitativă de altfel, atunci am exclude din sfera autohipnozei toate acele exerciţii care fac recurs la casele audio. înregistrate în cadrul şedinţei heterohipnotiee de către terapeut pentru uzul clientului, pe când dacă am accepta cea de a doua variantă, am reveni la problema deja semnalată de a nu mai putea diferenţia cele două forme de hipnoză.

Apreciem prin prisma analizării dificultăţilor semnalate că o soluţie pertinentă peniru evitarea acestora ar putea fi oferită de adoptarea unui criteriu alternativ, care ar putea fi reprezentat de lipsa unei asistenţe nemijlocite acordate de o altă persoană. în vederea intrării în transa hipnotică. Astfel, *înţelegem prin autohipnoză acea intervenţie hipnotică în esenţă, care este realizată în mod deliberat de către beneficiarul ei - o persoană tratată în prealabil prin heterohipnoză sau nu -fără ajutorul nemijlocit primit din partea unei alte persoane.*

Elementul de fini lor iu îl reprezintă aşadar efectuarea intervenţiei propriu-zisc în absenta unei persoane care ar putea contribui în mod nemijlocit la intrarea în transă sau la realizarea obieciivelor terapeutice. Definiţia nu exclude însă posibilitatea îndrumării persoanei de către un specialist, cu ajutorul căruia clientul poale alege modalitatea optimă a inducerii transei, poate fixa obiectivele intervenţiei şi poate di scula ulterior rezultatele şi eventualele dificultăţi ivite pe parcursul exerciţiului. Autohipnoză nu exclude nici posibilitatea introducerii persoanei în experienţele hipnotice printr-o intervenţie heicrohipnotică (sau o serie de astfel de intervenţii). Kroger (1977) îşi exprimă chiar părerea că, la origine, orice autosugestie ar fi fost heterosugestie, apreciind că auto-hipnoză esle produsă de cele mai multe ori de sugestiile posthipnotice formulate în prealabil de operator (hipnoterapeut). LeOon (1970), unul dintre principalii promotori ai autohipnozei, susţine, ta rândul lui, că cea mai bună metodă de a învăţa autohipnoză este de a solicita în acest scop ajutorul unui hipnoterapeut calificat. De altfel, majoritatea hipnoterapeuţilor apreciază - în deplin acord cu tradiţia inaugurată de liniştirea profi-lactică promovată de Vogt - că exerciţiile de autohipnoză au menirea de a veni în completarea tratamentului hetei ohipnoiic, potenţând sau facilitând rezultatele acestuia

din urmă. Fromm şi Nash (1997) - adepţi de allfd ai îmbinării hipnozei cu abordarea psihodinamică - apreciază, de asemenea, că învăţarea auiohipnozei de către client poate fi esenţială pe parcursul terapiei suporţive, ca metodă auxiliară în înlăturarea simptomelor. Autorii citaţi văd rolul autohipnozei în transferarea tehnicilor de *coping* însuşite de către client în cabinetul psihoterapeutic. din acest spaţiu protejat în viaţa de zi cu zi a acestuia. Hipnoterapeuţi ca Higgins (1990) sau Alladin (1994) recomandă înregistrarea şedinţelor heterohipnotice pe casetă audio, pentru a permite clientului să exerseze la domiciliu pe cont propriu, în timp ce Yapko (1992) sau Hunter (1996) (c oferă clienţilor casete „prefabricate". In cazul fiecăruia dintre formele de tratament propuse de către aceşti autori - precum şi de mulţi alţii asemeni lor - exerciţiile de autohipnoză îndeplinesc funcţia de „teme pentru acasă", asemănătoare celor utilizate in terapiile comportamentale sau cognitiv-comporiamerUalc. De altfel, chiar practicienii antrenamentului autogen - metodă care se desprinde programatic de tradiţia introducerii autohipnozei prin intervenţii heterohipnotice - susţin răspicat necesitatea însuşirii şi parcurgerii exerciţiilor sub îndrumarea unor terapeuţi calificaţi (Schultz, 1972: Ranty, 1990; Krapf, 1992 etc.).

Arătându-se de acord cu concepţia conform căreia orice hipnoza este în esenţa ei autohipnoză, Spiegcl *et al.* (2000) subliniază însă şi o importantă diferenţă între cele două, care ar consta în faptul că, atunci când persoana permite unui terapeut să structureze intervenţia, datorită acestui fapt. experienţa hipnotică poale fi caracterizată şi printr-o relaţie interpersonală intensă şi sensibilă între cei doi actori, în condiţiile suspendării temporare a judecăţii critice de către client. In legătură cu această diferenţiere, suntem de părere că ea se dovedeşte a fi forţată în toate acele cazuri, în care exerciţiile de autohipnoză sunt efectuate sub îndrumarea - dacă nu şi în prezenţa - terapeutului (Bergman, 1990).

Apreciem ca necesară sublinierea oportunităţii practicării autohipnozei sub îndrumarea unui specialisi în psihoterapie, mai ales în condiţiile proliferării pe piaţă a publicaţiilor şi a casetelor (audio şi video), dintre care multe promit rezolvări spectaculoase chiar cu ajutorul unor tehnici ce se reclamă a fi „autohipnotice". Multe dintre acest produse - realizate chiar. Je către adevăraţi profesionişti - menţionează cu onestitate raptul că ele nu pot suplini tratamentul asigurat de specialişti şi că nu sunt instrumente ale unei „terapii" de sine stătătoare în adevăratul sens al cuvântului, dar nu este mai puţin adevărat nici faptul că aceste menţiuni sunt trecute de multe ori cu vederea. De altfel, considerăm a fi semnificativă în acest sens observaţia formulată de Cotlon (1992), care remarcă faptul că, practic, nici unul dintre „pachetele pentru autoajutorare" nu şi-a demonstrat deocamdată eficienţa pretinsă. Credem că recursul nediscriminat şi nechibzuit la aceste „conserve de autolerapte" se poate dovedi un demers cât se poate de păgubos pentru individ, care, chiar dacă nu antrenează neapărat o agravare a simptomatologiei sau a problemei cu care se confruntă persoana, poate întârzia în anumite situaţii cu multe luni apelul la asistenţa medicală sau psihologică calificată.

Un alt element important al definiţiei precizează că autohipnoză, în adevăratul sens al cuvântului, se referă Ia intervenţiile efectuate în mod deliberat şi nu la aşa-numitele „transe spontane" sau la ceea ce în multe texte de specialitate este calificată ca „autohipnoză negativă" a unor persoane care suferă de depresie sau anxietate.

Metoda strategică preconizată de Eimer şi Freemaii (1998). bazată pe utiliziarea *profilului abilitâfilor şi răspunsurilor hipnotice. („Hypnotic Abilities and Response*

Profile ", pe scurt HARP) este un bun exemplu de integrare a autohipnozei într-o abordare terapeutică coinpicxă a durerii (vezi Anexa 8).

Hannigan (2000), care trece în revistă literatura referitoare la diferendele dintre hetero- şi autohipnoză, constată coexistenta diferenţelor şi a similitudinilor dintre cele doua. în cazul ambelor forme de hipnoză, subiecţii prezintă un anumit grad al absorbţiei în experienţa trăită şi o diminuare a orientării înspre realitate. în ceea ce priveşte relaţia dintre hipnoza indusă de o altă persoană şi cea generată prin eforturi proprii, datele suni ncconcludente.

Consideraţiile apreciative formulate de Godoy şi Araoz (1999a) la adresa autohipnozei sunt legate organic de concepţiile care atribuie hipnozei uii dublu rol strategic. Ca *agent aflai în slujba prevenţiei,* aceasta poate crea prin recursul frecvent la autohipnoză, un fel de imunitate psihologică. Pe de altă parte, în cazurile în care avem de a face cu un tablou psihopatologic constituit, utilizarea clinică a contra-inducţiei este în măsură *să faciliteze procesul de schimbare* al individului sau al unui sistem interacţional în care acesta este angrenat. Pentru terapeut, hipnoza - şi implicit autohipnoză - îndeplineşte funcţia de *suport tehnic* al procesului schimbării, prin impactul pe care îl arc asupra emoţiilor, a gândirii şi a acţiunilor clientului.

Edwards (1999) apreciază că autohipnoză şi imaginaţia dirijată îi permit clientului să retrăiască evenimentele traumatice de parcă ar privi un film, evitând astfel să fie copleşit de emoţiile negative.

Barber (1985), care este de altfel convins că majoritatea procedurilor hipnosugestive pot fi definite ca autohipnoză, apreciază că accentuarea caracterului autogen al intervenţiilor hipnoterapeutice ar prezenta marele avantaj al depăşirii rezistenţelor şi neliniştilor rezultate din ideea de a fi sub controlul cuiva, din teama de a fi inconştient sau de a nu fi în cunoştiinţă de ceea ce se întâmplă, a temerilor legate de posibilitatea de a dezvălui secrete şi, în sfârşit, din sentimentul de teamă legat de posibilitatea de a nu putea reveni din „traumă" (după Lynn, 2000).

Nu putem încheia această secţiune dedicată autohipnozei, fără a puncta şi limitele acestei categorii de intervenţii hipnotice, luarea în calcul a acestora jucând un rol esenţial în prevenirea multor eşecuri terapeutice.

O primă limită este cea impusa de stilul atribuţional caracteristic al persoanei. Este bine cunoscut faptul că, prin definiţie, psihoterapia vizează întărirea sentimentului autocontrolului, respectiv mizează în cea mai mare măsură cu putinţă, pe contribuţia personală a clientului la realizarea obiectivelor terapeutice fixate de comun acord. Nu este mai puţin adevărat nici faptul că, de cele mai multe ori, ajung clienţi ai serviciilor psihoterapeutice tocmai acele persoane pentru care regula este de a se raporta mai degrabă eu sentimentele neajutorării şi neputinţei, nu doar la problemele cu care se confruntă, luate în ansamblul lor, ci şi la sarciai relativ simple, a căror ducere Ia bun sfârşit nu reprezintă decât o verigă - mai mult sau mai puţin esenţială - a rezolvării propriu-zise a problemelor. O consecinţă nemijlocită a acestui fapt este reprezentată de incapacitatea de a asuma - cel puţin într-o etapă iniţială a tratamentului - acele responsabilităţi care sunt implicate de o participare cu contribuţii pe cont propriu la propria terapie. Aportul personal Ia reuşita demersului terapeutic este deosebit de important, dar este la fel de important ca momentul din care se poate miza pe acesta să fie identificat cu maximum de acurateţe, pentru a evita încărcarea timpurie a clientului cu povara unor responsabilităţi care pot chiar amplifica sentimentul neputinţei.

O altă limită a tehnicilor de aulohipnoză vizează recursul la acestea în vederea explorării unor dimensiuni inconștiente, respectiv pentru a facilita exprimarea. Este cunoscut faptul că tehnicile hipnotice - inclusiv cele autohipnoticc - pot facilita eliberarea de sub influenta unor mecanisme prin care persoana își împiedică accesul la informații cu caracter personal, dar nu trebuie pierdui din vedere faptul că impactul luării la cunoștință a acestor informații poate fi uneori covârșitor, iar în absența unei asistențe competente, poate genera decompensări nedorite. Nu întâmplător, hipnoterapeuți cu experiență în domeniul metodelor psihodiflamice, ca Fromm și Nash (1997), avertizează împotriva utilizării autohipnozei ca metodă de dezvăluire (hipnoanalitică) sau expresivă (facilitatoare a exprimării unor emoții intense, deci cathartică).

CAPITOLUL XI

Aplicajii clinice

1. Hipnoterapia tulburărilor/persoanelor anxioase

Anxietatea, clasificată de către Schweder (1994) printre *emoiiile fundamentale,* face parte dintre reacţiile afective cu certe valenţe adaptive (Lazarus, 1993 ; Butollo, 1996), cu condiţia să se manifeste ca răspuns dat la ameninţări obiective. După cum arată însă Freeman şi Di Tomasso (1994). anxietatea generată de situaţiile sau evenimentele percepute în mod eronat ca ameninţări sau ai căror potenţial ameninţător a fost exagerat, este incompatibilă cu adaptarea eficientă. Această formă a anxietăţii generatoare de probleme de adaptare poate fi definită ca starea în care persoana se dovedeşte incapabilă să mobilizeze un *pattern* comportamental bine definit pentru a putea înlătura sau modifica acel eveniment sau obiect, respectiv acea interpretare, care ameninţă realizarea vreunuia dintre obiectivele sale importante. într-o altă formulare, anxietatea ar reprezenta o stare de mobilizare fiziologică *{amusal),* apărută în urina perceperii unei ameninţări, care nu a fost canalizată în direcţia adecvată (Power şi Dalgleish, 1997).

Impactul deosebit al stărilor anxioase asupra persoanei rezultă din faptul că, deşi reprezintă o constelaţie de fenomene cognitive, fiziologice, afective şi comportamentale, puternic influenţată de factorii sociali şi culturali, este organizată, în esenţă, de componentele biologice (Dombeck şi Ingram, 1993), lucru uşor de înţeles dacă avem în vedere faptul că, - cel puţin în cazurile extreme - vizează evenimente relevante din punctul de vedere al supravieţuirii persoanei. Aceasta înseamnă că, o dată declanşată, anxietatea mobilizează resorturile biologice de supravieţuire ale persoanei, de unde şi tabloul modificărilor fiziologice intense (siinptomelor) care se asociază de această stare. Nu este însă mai puţin adevărat nici faptul că interpretarea situaţiilor ca fiind ameninţătoare sau nu, ca şi activarea sistemului biologic de alarmă, ţine în mult mai marc măsură de concursul unor factori de natură psihologică, socială şi culturală, decât de determinanţii biologici.

Prin hipnoterapia tulburărilor anxioase înţelegem, în esenţă, acea intervenţie psihoterapeutică care înglobează elemente hipnotice în strategia terapeutică şi care îşi îndreaptă eforturile în direcţia dobândirii de către persoană a acelor resurse, cu ajutorul cărora să se poată confrunta în condiţii de confort psihic şi siguranţă de sine, cu situaţiile apreciate anterior - în mod nejustificat - ca fiind ameninţătoare.

Hipnoza se recomandă specialistului angajat în psihoterapia persoanelor anxioase prin cel puţin două avantaje pe care le oferă practicianului. Primul dintre beneficii se referă la *starea de relaxare* profundă care poate fi indusă prin hipnoză, aceasta fiind una dintre cele mai importante caracteristici ale transei. Mai mult chiar, spre deosebire de

majoritatea tehnicilor de relaxare, a căror însușire este oarecum laborioasă și necesi'-" timp, în hipnoză relaxarea poate fi indusă relativ rapid, metoda putând fi utilizată și c. litiu de „intervenție de urgență" în cazul persoanelor anxioase. în economia psihoterapk- clientului anxios, relaxarea esie importantă, nu doar datorită aportului la destindere^ musculaturii anormal de contractate, ci și prin echilibrarea sistemului nervos vegetativ ș;. implicit, prin reducerea acelui *arousal* alarmant, care reprezintă poate cea mai spectaculoasă componentă a anxietății. Probabil, prin efectul relaxării hipnotice se explici rezultatele înregistrate de Garvin *et al.* (2001), care au putut demonstra experimental că simpla administrare a unei inducții hipnotice de rutină are darul de a reduce anxietate;; și de a ameliora dispoziția emoțională a persoanelor sănătoase, efectele fiind comparabile cu cele obținute prin antrenamentul autogen, respectiv prin odihnă. Celălalt avantaj al recursului la hipnoză trebuie căutat în faptul că transa constituie un context facilitator pentru exercițiile de *imagerie mentală,* care ocupă la rândul lor un loc aparte în tratamentul anxietății. Imageria reprezintă, în cazul psihoterapiei persoanelor anxioase. acel mediu în care poate fi pregătită confruntarea cu situațiile anxiogene, moment care reprezintă, în esență, cheia oricărei intervenții asupra anxietății. Hipnoza - lucru esențial - permite nu doar evocarea unor situații de viață sau~ evenimente reale prin proiectarea acestora pe ecranul fanteziei, dar și trăirea acestora, ca și cum întâlnirea s-ar fi produs în mod real (McMahon și Slieikh, 1986 ; Isotani *et al.,* 2001). La baza acestei realizări se află o altă caracteristică a transei, anume realizarea unei stări de disociere, care îi permite persoanei să trăiască simultan două stări de conștientă diferite. Aceasta înseamnă că persoana hipnotizată prezintă *„conștiințe paralele",* ceea ce îi permite atâl trăirea fenomenelor de transă ce îi sunt sugerate, cât și păstrarea simultană a rolului mai obiectiv, etichetat de către Hilgard ca *„observatorul ascuns"* (Yapko, 1990).

Am recapitulat în următorul tabel câteva dintre cele mai recente studii dedicate problemei eficienței hipnoterapiei persoanelor anxioase (tabelul 1).

Rolul relaxării în tratamentul anxietății

Fenomenologia tulburărilor anxioase se leagă, atât pe plan subiectiv, cât și pe cel obiectiv, de starea de tensiune. Subiectiv, atât anxietatea, cât și teama, sunt trăite sub forma unei tensiunii emoționale generatoare de disconfort, iar pe plan obiectiv, se poate urmări asocierea anxietății cu încordarea, care uneori îmbracă chiar forma crampelor musculare, precum și cu tulburări ale echilibrului vegetativ. Nu este întâmplător faptul câ tehnicile de relaxare reprezintă un element practic nelipsit al programelor terapeutice concepute pentru tratamentul anxietății și al fobiilor. Cotton (1990) este de părere că terapiile de relaxare reprezintă, nici mai mult, nici mai puțin decât piatra de temelie a oricărui program de control *(management)* al stresului. Potrivii datelor lui Michelson și Marcliionc, simpla combinarea a diferitelor forme ale relaxării poate fi suficientă pentru a se atinge o ameliorare semnificativă a stării persoanelor care suferă de panică și agorafobie (după Andrews *et al.,* 1994).

Metodele de relaxare au fost definite de către Geissmann și Durând de Bousingen (1968) drept acele demersuri terapeutice care țintesc cu ajutorul exercițiilor adecvate, deeontractura musculară și ameliorarea tensiunii psihice. Astfel, relaxarea „este tehnica căutării odihnei celei mai eficiente posibile, și în același timp, repartizarea economicoasă a energiilor psihice mobilizate de către persoană" *(op. cit.,* p. 12). Scopul fundamental

al demersurilor/tehnicilor de relaxare este definit de Cotton (1990) ca înlăturarea sau risipirea acelor simptome fizice negative, pe care organismul uman le produce sub influența stresului. Ranty (1990) evaluează scopurile relaxării psihoterapeutice într-o perspectivă mult mai cuprinzătoare; în opinia lui, acestea cuprind restructurarea imaginii corporale, atingerea unei autocunoașteri mai profunde și mai adecvate, reconstituirea unității și a identității, dobândirea unei autonomii superioare, asigurarea unei protecții mai eficiente a funcțiilor somatice în cazul fenomenelor de decompensare prin mobilizarea în direcția unei adaptări mai satisfăcătoare, luarea în stăpânire a imaginației reprimate sau a celei care funcționează împotriva persoanei, diminuarea stărilor de anxietate excesivă sau chiar eliminarea acestora, recâștigarea dorințelor și a bucuriilor, eliberarea corpului de tensiunile și crampele în care acesta a fost ținut captiv de către conflicte și traume. Ca o sumarizare a tuturor acestora, autorul constată că sarcina demersurilor psihoterapiilor de relaxare constă în a asigura ființei umane acea libertate care cuprinde în aceeași măsură exprimarea corporală și verbală a acestuia.

Baza relaxării o constituie așa-numitul *răspuns de relaxare.* Benson (1996) arată că mobilizarea răspunsului de relaxare se realizează mai încet decât *răspunsul de înfruntare sau evadare (fight-or-flight response,* descris de Cannon) care se poate sesiza în condițiile confruntării cu situațiile amenințătoare. în opinia lui Morgan (1999), aceasta se poate explica prin faptul că, în cazul țesutului muscular, nu există o comandă (codificată sub forma unui impuls nervos) care să conducă în mod direct la „deconectare". Toate impulsurile care sunt transmise pe căile nervoase provoacă contracția musculaturii. în măsura în care sistăm însă transmiterea impulsurilor activatoare, după trecerea unui anumit timp, mușchii ajung într-o stare de relaxare, vecină cu starea lipsei de activare.

Imageria mentală în tratamentul persoanelor anxioase

Nu poate fi înțeleasă importanța recursului la imagerie în tratamentul persoanelor anxioase, decât clarificând rolul *confruntării,* respectiv al *comportamentului de evitare* în menținerea anxietății. Asemeni oricărui comportament învățat, răspunsul anxios ar fi de așteptat să se extindă în cazul în care nu este întărit, în condițiile confruntării cu situațiile anxiogene, de acele consecințe negative, pe care persoana le anticipează. Ne-am putea aștepta deci, ca în cazul anxietății neadaptive, definită ca teamă nejustificată, persoana să realizeze, în urma confruntării - sau a confruntărilor repetate - că temerile i-au fost nejustificate. Ca o consecință însă a comportamentului de evitare la care persoana recurge cu titlu de mecanism de apărare, șansa acestei experiențe pozitive este ratată, fiind în schimb întărit comportamentul care a permis preîntâmpinarea presupuselor consecințe terifiante. Nu întâmplător identifică Salkovskis (1991) principalul vinovat pentru menținerea anxietății chiar în acest comportament de evitare.

Pe de altă parte, beneficiile rezultate de pe urma asumării confruntării, sunt multiple. Acestea au fost grupate de către Hallam (1992) în următoarele cinci categorii:

Extincția - confruntarea permite realizarea faptului că previziunile sumbre legate de situație au fost nefondate sau, în cel mai rău caz, mult exagerate.

Habituarea - se referă la slăbirea unui răspuns reflex, prin expuneri repetate la influența acelorași stimuli.

însușirea unor abilități de coping - persoana confruntată cu situații anxiogene poate învăța răspunsuri adaptive (de exemplu controlul respirației), care îi vor permite reducerea simptomelor.

Modificările cognitive - persoana expusă confruntării cu situaţia anxiogenă beneficiază de şansa de a-şi putea revizui convingerile referitoare la periculozitatea circumstanţelor. respectiv la propria capacitate de a face faţă ameninţării.

Inhibiţia reciprocă- defineşte situaţia în care, din două comportamente incompatibile. unul îl anulează pe celălalt. Uneori, confruntările din situaţiile terapeutice sunt astfel regizate, încât să includă recursul la comportamente (de exemplu: relaxarea indusă printr-o tehnică însuşită în prealabil, manifestarea furiei faţă de teamă etc) despre care se poate bănui că vor anihila anxietatea.

Sunt forme de intervenţie psihoterapeuticâ destinate clientului anxios, care recurg Ia confruntări directe cu situaţiile generatoare de teamă nejustificată, aceste intervenţii fiind întâmpinate însă de foarte mulţi clienţi cu rezistenţă, având îii vedere neliniştea considerabilă pe care simplul gând al contactului cu circumstanţele în cauză o mobilizează. In astfel de condiţii, este recomandabil să se recurgă la o soluţie introdusă pentru întâia oară de către Wolpe, el însuşi un specialist în hipnoză, anume la confruntarea prin intermediul imaginării evenimentului sau situaţiei anxiogene. Folosită iniţial în cadrul *desensibilizării progresive,* recursul la imaginaţie a inspirat ulterior numeroase alte abordări, rolul acestei mijlociri a confruntării fiind astăzţtmanim acceptat. Pentru că spaţiul nu ne permite să insistăm asupra prezentării detaliate a acestora, ne vom mărgini în cele ce urinează doar la prezentarea uneia dintre aceste tehnici, elaborată de Bandler (1995):

„Acum, iniagineazâ-ţi că eşti instalat confortabil într-o sală de cinematograf... în faţa ta este ecranul alb... şi tu stai comod pe scaun... se sting luminile in sală... se face întuneric... şi pe ecran te vezi proiectat (â)... într-o imagine statică în alb-negru... cu câteva clipe înainte de a zări acel lucru care te înspăimântă... şi continuând să te priveşti aşa... pe ecran... ieşi din corpul tău aflat în sala cinematografului... pentru a intra în sala de proiecţii... şi privind printr-una din acele mici ferestre prin care se proiectează filmul... te vezi stând în sală şi privindu-te pe ecran... şi te vezi pe ecran... în acea secvenţă statică în alb-negru... aşa, e bine, acum lasă filmul alb-negru să se deruleze... pentru a urmări acţiunea în derulare... pentru a vedea cum te confrunţi cu situaţia de care îţi este teamă... şi cum ieşi din situaţie... scăpând de ce ţi-a fost teamă... şi de senzaţiile neplăcute generate de întâlnirea cu acel lucru (acea situaţie)... e bine... şi acum, când totul s-a terminat, opreşte filmul. într-o imagine statică... şi lasă imaginea să se coloreze... aşa, iar acum, intră în corpul tău de pe ecran... astfel încât să fii în pielea ta, la câteva clipe după ce ai trecut de acea situaţie de care îţi era teamă... şi derulează acum filmul înapoi... cu viteză mare... ca atunci când derulăm videocaseta în sens invers... şi toate personajele se mişcă în sens invers... şi tu trăieşti totul din interior... doar că evenimentele se derulează cu mare viteză... şi în sens invers... şi treci în doar câteva secunde prin acea situaţie care te sperie... şi când revii la secvenţa de la care ai pornit, opreşte din nou filmul... şi gândeşte-te la ce simţi stând acum în faţa confruntării cu acel lucru de care te temi... şi poţi constata cum s-a modificat ceea ce simţi faţă de acea situaţie... ".

Intervenţia, aparţinând familiei tehnicilor de *„programare neurolingvistică",* operează cu submodalităţi ale procesării imaginilor vizuale: culoarea, viteza de deplasare a imaginilor succesive, mişcarea înainte-înapoi. O altă modalitate ingenioasă de a realiza confruntarea treptată, este de a recurge la evocarea *disociată,* respectiv *asociată* a confruntării cu evenimentele sau situaţiile anxiogene. în cel dintâi caz, persoana se percepe doar, acţionând în situaţie, ca şi când ar asista Ia un film al cărui protagonist este ea însăşi, pe când în cel de al doilea, îşi imaginează evenimentele chiar prin prisma celui care participă nemijlocit la derularea evenimentelor. Este de la sine înţeles că în acest din urmă caz şl trăirea celor „întâmplate" este mai intensă. Merită să menţionăm faptul că

există o formă de disociere și mai pronunțată, aplicabilă mai ales în cazul clienților, care sunt atât de anxioși că nu se pot reprezenta confruntându-se cu situația nici măcar sub formă disociată. *Modelarea protejata (covert nwdeling),* elaborată de Cautela, vine tocmai în sprijinul acestor persoane, oferindu-le posibilitatea să-și imagineze mai întâi o persoană străină, cu date personale (vârstă, sex, statură etc.) asemănătoare cu ale lor, făcând față unor situații care pe ele le înspăimântă.

Asemeni abordării altor probleme psihologice, și în cazul tratamentului anxietății, elementele hipnoterapeutice pot fi împrumutate selectiv și incluse în intervenții orientate strategic sau pot fi utilizate sub formă de programe („pachete") structurate, concepute din start pentru a putea răspunde complexității cu care anxietatea confruntă atât clientul, cât și terapeutul angajat în tratarea acestuia.

Volumul editat de Lynn și Kirsch, care prezintă studii de ca/, din sfera aplicării hipnozei clinice în tratamentul anxietății, permite realizarea unor comparații interesante între abordările unor specialiști de orientare diferită. Autorii acestor studii - autorități recunoscute în domeniul aplicării diferitelor forme ale hipnozei clinice - prezintă de-a lungul aceluiași caz (o pacientă de 49 de ani, incapabilă de utilizarea toaletelor publice din cauza inhibițiilor), propria lor abordare.

Matthews *el al.* (1996), reprezentanți ai *hipnoterapiei ericksoniene,* accentuează în mai mare măsură rolul învățării prin analogii și metafore terapeutice, decât cel al sugestiilor directe care mobilizează la acțiune. Scopul lor fundamental este de a ajuta clientul să dobândească o mai mare flexibilitate în cadrul rolurilor sociale și dezvoltarea unei optici mai adecvate din punctul de vedere al adaptării, asupra situațiilor de viață cotidiene, precum și facilitarea accesului clientului la propriile resurse energetice. Kirsch și Coe (1996), prin abordarea lor etichetată drept *multimodală,* se angajează de fapt în aplicarea demersului BASIC-1D, conceput de Arnold Lazarus. Intervenția țintește șapte componente fundamentale, relevante (în acest caz) din punctul de vedere aJ anxietății: conduita/comportamentul *{behavior),* emoția *(affect),* senzațiile *(sensatiori),* imaginația *(imagery),* cognițiile *(cognitions),* sistemul relațiilor interpersonale *(interpersonal),* precum și medicamentația fglosită de persoană și modificările fiziologice asociate de anxietate *(drugs [physlology]).* Posibilitatea influențării acestor factori *este* văzută de către autori prin utilizarea unor mijloace ca relaxarea, imageria mentală, exersarea formelor de comportament adaptat, apropierea treptată de scopurile stabilite și restructurarea cognitivă. Utilizarea hipnozei ar fi indicată îndeosebi la acei clienți care se raportează pozitiv la această metodă și pentru care recursul la hipnoză conferă intervenției un spor de autenticitate. Consecvent principiilor *Terapiei Comportamentale Rațional Emotive* (TCRE), elaborată de către el însuși, Ellis (1996) pune accentul pe modificarea convingerilor și a comportamentului, respectiv pe acele tehnici care pot sprijini realizarea obiectivelor propuse. Din această ultimă categorie, consideră drept importante combaterea gândurilor iraționale, formularea aserțiunilor care pot fi puse în slujba *coping-u\ui,* însușirea prin modelare și jocuri de rol a cogniților și comportamentelor eficiente din punctul de vedere al adaptării, antrenamentul abilităților *(skill training),* întărirea, și diminuarea sensibilității patologice în situații anxtogene (desensibilizarea *in vivo).* Este interesant de observat că autorul, care considera inițial hipnoza drept o abordare incompatibilă cu TCRE, a recunoscut ulterior faptul că hipnoza poate oferi un ajutor prețios în învingerea rezistențelor. Mai mult chiar, făcând posibilă evocarea amintirilor in condițiile asocierii acestora cu emoții și retrăirea lor, hipnoza nu se mărginește doar

la a facilita aplicarea TCRE, dar contribuie chiar la întregirea acesteia. în sfârşit. Nash (1996), abordând problema din perspectiva *„hipnozei informată din perspectivă psihanalitică",* consideră necesară înainte de toate realizarea unei analize psihodiagnostice. care ia în considerare deopotrivă rezultatele furnizate de MMPI şi de testul Rorscharch. Autorul diagnostichează în acest fel tendinţele obsesiv-compulsive, cele ale somatizării. precauţiile exagerate, susceptibitatca manifestată în relaţiile interpersonale, anxietatea generalizată şi stima de sine scăzută. Intervenţia propriu-zisâ *este* de tipul psihoterapie! scurte, centrată pe problemă, şi care oferă, în egală măsură, suport şi posibilitatea de a dobândi control asupra situaţiei. în cadrul acesteia, hipnoza ar asigura orientarea înspre simplome, diminuarea intensităţii emoţiilor negative, fortificarea mecanismelor de apărare şi de *coping* mobilizate în slujba adaptării, precum şi întărirea sentimentului de eficienţă personală.

Cardena *et al.* (2000) consideră necesară integrarea hipnozei în tratamentul SPT. susţinând că persoanele care au suferit traume ar fi hipnotizabile cu relativă uşurinţă, întrucât prezintă simplome disociative şi pentru că în starea de hipnoză îşi pot evoca amintirile traumatice. Autorii descriu trei paşi tipici ai intervenţiei. Primul constă în secvenţa *stabilizării şi a reducerii simptomatologiei.* în cadrul celui de al doilea pas, se realizează *tratamentul amintirilor traumatice,* cu ajutorul mijloacelor relaxării, a proiecţiei, restructurării, regresiei de vârstă, a punţii emoţionale şi a inhibării imaginilor intru/ive. In sfârşii, în cadrul celui de al treilea pas, se lucrează pe *reintegrarea şi reabilitarea personalităţii.* Cardena şi colaboratorii săi scot, de altfel, în evidenţă rolul a opt procese în tratamentul SPT acestea fiind confruntarea, exprimarea verbală (confesiunea), consolarea, trăirea conştientă, condensarea, concentrarea, controlul şi congruenţa.

Vom prezenta în continuare în detaliu o intervenţie structurată, elaborată de Higgins (1990), pentru a ilustra modul în care este construit şi aplicat un astfel de program.

Higgins (1989) propune o intervenţie structurată pentru tratarea anxietăţii, pornind de la teza care susţine că la originea acestei tulburări s-ar afla acea particularitate a percepţiei de a se baza pe informaţii nu neapărat faptice, ci uneori de natură iluzorie. Influenţat de Watzlawick, dar şi de reprezentanţii teoriilor cognitive asupra tulburărilor psihice, autorul este de părere că atât încrederea în sine, cât şi anxietatea - aflată Ia polul opus - se dezvoltă ca rezultat al unor percepţii personale, care reflectă modul prezumtiv în care persoana se va comporta într-un context specific în viitor. Astfel Higgins, este de acord cu leza formulată de Bcck (1999), conform căreia dacă o persoană se evaluează la modul negativ şi se reprezintă acţionând de o manieră indezirabilă, riscă să se confrunte cu o stare de anxietate considerabilă şi să fie nevoită să recurgă la un număr de comportamente ce au drept scop reducerea disconfortului. La baza anxietăţii suni evidenţiate o serie de evaluări ce pornesc de la comparaţii relevante, având ca termeni (1) ceea ce persoana consideră că este (sau cum apreciază că se va descurca); (2) ceea ce consideră că ar trebui să fie (sau cum apreciază că ar trebui să se descurce) şi (3) ceea ce crede că alţii ar aştepta din partea lut să fie (sau cum apreciază că alţii i-ar pretinde să se descurce). Anxietatea este resimţită atunci când persoana percepe o discrepanţă între ceea ce este/face şi ceea ce s-ar aştepta (fie ea, fie ceilalţi) să fie/să facă. Intensitatea anxietăţii este de aşteptat să varieze de la uşoară (frustă) Ia severă, în funcţie de (1) măsura în care cei doi termeni ai comparaţiei se îndepărtează unul de celălalt *şi* (2) cât de cruciale sunt considerate rezultatele performanţei anticipate pentru *starea* de bine psihologică şi/sau fiziologică a persoanei.

Intervenea terapeutică vizează, încă din fazele ei inițiale, reducerea anxietății la un nivel ce poate fi controlat de către client prin (1) ameliorarea capacității sale de a-și evalua mai exact posibilitățile de a acționa și - ca o consecință - de a întreprinde acțiuni necesare și rezonabile; (2) reevaluarea importanței conferite modului în care clientul este apreciat de către alții, în contexte diferite; și (3) reevaluarea semnificației urmărilor diferitelor evenimente.

De cele mai multe ori, clienții anxioși caută soluții pentru problema lor în direcții greșite, datorită faptului că experiențele lor le prescriu eronat *unde* și *cum* să caute. Mulți dintre ei se așteaptă, intrând în terapie, să fie invitați să acționeze în noi contexte, pe baza valorilor rigide, a informațiilor depășite sau aplicând lehnicile care în trecut s-au dovedit a fi ineficiente. Contrar acestor expectanțe, ei sunt ghidați înspre direcții noi, oferindu-li-se instrumente mai eficiente de adaptare și fiind încurajați să caute șansele schimbării în alte locuri și în alte moduri decât în trecut.

Obiectivul major al terapiei propuse de Higgins este de a ajuta clienții să se folosească mai eficient de cunoștințele și de abilitățile pe care le posedă. Acestora li se adaugă și un număr de puncte de vedere și alternative, pe care le vor putea personaliza și adăuga resurselor avute în posesie.

Intervenția vizează diminuarea în cel mai scurt timp cu putință a sentimentelor de anxietate, la un nivel tolerabil. Pe termen mai lung, terapia își fixează ca scop promovarea unor modificări gradate, directe, astfel încât clientul să poată renunța treptat, in condițiile păstrării sentimentelor controlului și siguranței, la valorile și tehnicile ineficiente, dar devenite familiare.

Având în vedere obiectivele mai sus menționate, încă din primele secvențe ale intervenției terapeutului, se caută dobândirea controlului asupra unui aspect ai anxietății, având în vedere constatarea că persoanele pot înfrunta mai eficient situațiile amenințătoare sau dureroase atunci când simt că pot exercita asupra acestora un anumit control, decât atunci când se percep ca victime neajutorate, pasive ale acestora. Autorul apreciază că acest deziderat poate fi îndeplinit în condițiile focalizării din start asupra componentei cognitive a anxietății, -urmând ca celelalte aspecte ale problemei să fie abordate în cadrul unor ședințe ulterioare.

Intervenția propusă, care vizează transmiterea unui mesaj dătător de curaj, cuprinde trei părți:

/. *Culegerea de informații și planificarea* - are ca obiectiv identificarea percepțiilor clientului. Terapeutul își propune să afle ce anume consideră persoana că ar fi valabil în legătură cu ea însăși și cu lumea în care trăiește și ce ar dori să schimbe în legătură cu acestea. Se culeg, în egala măsură, informații în legătură cu încercările de până acum de a face schimbări și cu eșecurile înregistrate, precum și cu cantitatea de energie pe care clientul este dispus să o investească în rezolvarea problemei sale. Sunt investigate, de asemenea, convingerile clientului legate de distribuția slăbiciunilor, respectiv punctelor forte pe care le posedă, pentru a putea aprecia în ce măsură eșecurile și succesele înregistrate până acum s-au transformat în sentimente de vulnerabilitate, respectiv încredere în sine.

Tot în cadrul acestei secvențe, trebuie să investigăm și modul în care convingerile, valorile și ritualurile clientului pot interfera cu acel curs al evenimentelor, care este propus de intervenția terapeutică. în primul rând, este vorba aici de faptul că ceea ce

pentru unii apare ca o alternativă incitantă, poate fi catalogata de către alţii ca o risipi de energie lipsită de orice sens. Este recomandabil deci ca obiectivele fixate în terapie si fie compatibile cu viziunea persoanei asupra lucrurilor care merită mobilizarea eforturilor. Higgins atrage de fapt, în acest context, atenţia asupra aspectului pe care O'Connor şi Seymour (1990) îl definesc ca „dimensiune" a scopurilor terapiei. în al doilea rând. trebuie să ţinem seama şi de acele strategii la care clientul a recurs până acum, în vederea unei eliberări imediate de tensiunea anxioasă şi care pot include consumul de alcool. angajarea în activităţi sexuale promiscue, medicaţia anxiolitică etc. Este important să-i arătăm clientului că nici psihoterapia, în general, şi nici hipnoterapia, în mod particular. nu pot asigura o intervenţie al cărei efect să fie la fel de instantaneu, dar că ele pot oferi în timp oportunităţi pentru dezvoltarea unor abilităţi cu ajutorul cărora anxietatea să poată fi controlată la fel de satisfăcător şi fără a implica costuri calculate în termeni: „cercurilor vicioase secundare" (alcoolism, toxicomanie, promiscuitate etc.) descrise c-Hallam (1992).

2. Prima inteivenţie hipnotică - îşi găseşte locul, de regulă, chiar în cadrul prime: şedinţe terapeutice, ea urmând discuţiei orientate înspre *culegerea* date/or relevante. Obiectivul major vizat de această intervenţie *este* de a-i furniza clientului şansa de a trai relaxarea şi de a-şi descoperi capacitatea de a-şi controla - chiar dacă preţ de 20-30 de minute - starea emoţională. Prin aceasta, ne putem aştepta ca persoana sa dezvolte capacităţi pozitive faţă de experimentarea transei. Obiectivele secundare ale acestei intervenţii hipnotice ar fi, după Higgins (1990), următoarele: (1) implementarea ideii câ pot exista alternative de care clientul s-ar putea să nu fie deocamdată conştient, dar pe care le-ar putea descoperi fără a fi măcar nevoit să mobilizeze eforturi deosebite, într-un moment neaşteptat în viitorul apropiat; (2) dezvoltarea convingerii că acele resurse interioare, de care este nevoie pentru soluţionarea problemei, vor fi descoperite, chiar dacă deocamdată ele au fost uitate sau trecute cu vederea; (3) transmiterea sugestiei că dobândirea controlului, chiar asupra celui mai mărunt şi lipsit de semnificaţie segment al vieţii, reprezintă un foarte bun indicator al faptului că întâmplările pot fi influenţate în direcţia dorită (autorul descoperă chiar în dobândirea acestei convingeri acea bază pe care vor putea fi dezvoltate noile abilităţi şi desprinderi cu valoare adaptivă); (4) sugerarea ideii că de vreme ce echilibrul şi ritmul pot fi puse în evidenţă, în oricare segment al vieţii şi al naturii, clientul are la rândul lui posibilitatea ca, acordându-şi răgazul necesar, să descopere acelaşi echilibru şi ritm în propria existenţă; (5) a reinterpreta anxietatea ca pe o energic creatoare, esenţială supravieţuirii. Reinterpretarea (recadrarea) anxietăţii poale îmbrăca următoarea formă:

„Şi asemeni oricărei alte forme de energie... anxietatea poate dăuna în doze prea mari... pentru a putea fi utilizata cât mai eficient, ea trebuie dozată cu foarte multă grijă... nu poţi fi anxios fără a fi o persoană cu foarte multă fantezie şi creativitate... persoanele lipsite de imaginaţie trăiesc arareori sentimentul anxietăţi;... si nu-i aşa, că poate fi atât de plăcut să ştii că ai atât de multă energie creatoare la dispoziţia ta... mai ales dacă ştii că poţi alege acel nivel al anxietăţii, care să fie tocmai potrivii peniru tine, acum,... şi că poţi pune restul la păstrare, într-un loc sigur, in imaginaţia ta... şi poţi constitui astfel o rezervă peniru mai târziu... pentru situaţiile în care ai putea avea nevoie de ceva mai multă anxietate... şi vei învăţa foarte curând de câtă anume ai nevoie exact... pentru a te putea folosi de ea la modul cel mai eficient. în diverse situaţii... şi mă întreb şi eu. cât de multă anxietate poate fi de ajuns pentru tine şi de la

ce nivel începe anxietatea sâfie excesivă... și sunt curios/curioasă să știu cât timp va trebui să te simți anxios/anxioasă înaintea câte unui eveniment, pentru a putea controla deznodământul...".

Intervenția hipnotică durează 20-30 de minute și este recomandabil să ile înregistrată pe o casetă audio, pentru a-i permite clientului sâ o audieze zilnic de cel puțin două ori. In acest sens, se recomandă să găsească un loc/o încăpere liniștită, care să-i permită familiarizarea netulburată cu transa hipnotică. Se atrage, de asemenea, atenția clientului să nu se aștepte la rezultate spectaculoase sau la o vindecare „miraculoasă" imediată. O mică schimbare neașteptată sau una, două descoperiri personale reprezintă deja câștiguri suplimentare semnificative.

în cazurile în care clientul se prezintă la această primă ședință terapeutică într-o stare mult prea agitată pentru a se putea concentra, este recomandabil să renunțăm la încercarea Je a induce transa hipnotică. Hipnoza este contraindicată atunci când este evident că persoana nu este capabilă să intre în transă, întrucât o încercare nereușită de a induce transa ar putea exacerba sentimentele de neputință și neadecvare trăite oricum de clientul confruntat cu anxietatea ce-i scapă de sub control. în aceste situații terapeutice, alternativa constă în a prezenta mesajul în cadrul unei conversații purtate pe un ton cât se poate de calm și liniștitor.

Prima ședință se încheie cu promisiunea că, în cadTul celei de a doua întâlniri, clientul va avea ocazia să afle mai multe despre motivele pentru care unele persoane sunt confruntate cu sentimentul anxietății, chiar fără motive aparente, precum și despTe modalitățile în care acest lucru se realizează.

3. Explicațiile și modificarea percepțiilor.

Prima secțiune a celei de a doua ședințe este rezervată explicării terapiei anxietății ca funcție a percepției, bazată în principal pe tezele lui Beck și Emery (1999). Terapeutul caută să sprijine clientul în eforturile depuse pentru a aplica această teorie problemei cu care el însuși se confruntă:

„Astfel ajung mulți sâ devină anxioși... dacă acest model ar fi valabil și în cazul tău, care crezi că ar fi motivele pentru care te simți atixios ?".

Higgins propune recursul la materiale care ilustrează vizual o percepție generatoare de anxietate, una asociată de sentimentul confortului și, în sfârșit, una care ar putea fi considerată ideală. Pe parcursul acestei discuții, clientul este invitat să descrie modul în care el însuși își reprezintă diferitele evenimente. Sunt analizate acele vizualizări care sunt trăite ca agreabile, cele care generează neliniște și anxietate, respectiv cele care sunt angrenate în producerea stărilor amintite. Obiectivul vizat de această intervenție este conștientizarea de către client a faptului că emoțiile - fie ele pozitive sau, dimpotrivă, anxioase ori triste - sunt precedate de regulă de reprezentarea mentală a unor imagini, proces care se desfășoară însă, de multe ori, atât de rapid, încât trece nesesizat de către individ. Aceste imagini, la rândul lor, stimulează cogniții verbale, cele nedorite mobilizând de regulă scheme cognitive generatoare de anxietate crescută. Pe de altă parte, în acord cu Beck (1999), ne putem aștepta ca identificarea proceselor cognitive implicate în exacerbarea anxietății să contribuie la dobândirea sentimentului de control asupra stării în cauză.

Următoarea secvență constă în facilitatea unor experiențe legate de schimbare, prin evocarea unor imagini din partea cărora ne putem aștepta să inducă patternuri cognitive,

respectiv comportamentale mai adaptate. în acest scop, clientuj este invitat sâ-şi reprezint; o situaţie în care se simte suficient de confortabil şi al cărei potenţial anxiogen este redu. sau chiar nul. Vizualizarea este însoţită de o serie de întrebări: *„Cum te percepi :•-. această situaţie ?* "; *„ Unde crezi, că ar trebui să te afli ? "; „ Ce crezi că ar trebui s-~ faci în această situaţie ? "; „ Cât de mult contează pentru tine în această situaţie ce cre- (gândesc) alţii ? "; „ Cât de important este pentru tine ceea ce se întâmplă (Ce consecinţa are pentru line ceea ce faci) ?* "; *„ Ce crezi că s-ar întâmpla dacă ai greşi (eşua) ? ". „ Ce s-a întâmplat în alte ocazii, când ai fost angrenat în situaţii similare ? "; „ Care u aştepţi să fie deznodământul acestui eveniment pe care ţi l-ai reprezentat în cadru. acestei vizualizări generatoare de confort şi de sentiment de bine ?* " Ultimele întrebâr: vizează descoperirea acelor clemente ale reprezentării vizuale care sunt esenţiale dir. punct de vedere al determinării calităţii evenimentului evocat: *„ Care crezi că sunt acele elemente percepute de tine, care sunt cele mai importante în aprecierea evenimentului ce fiind unul plăcut ? "; „ Ce crezi că ar trebui să se schimbe în cele percepute de tine pentru ca situaţia să devină neliniştitoare ? ".*

După identificarea acelui clement sau a acelor elemente care determină caracterul liniştitor ori, dimpotrivă, anxietant al vizualizării clientului, urmează intervenţia hipnotică, propunându-şi însuşirea de către persoană a unei tehnici, în acelaşi timp simplă şi eficientă, pentru controlul stărilor anxioase. Aceasta constă în utilizarea „anxiomeirului", adică a unui indicator al nivelului anxietăţii, ale cărei valori pot varia de la 1 la 10, 1 reprezentând starea de relaxare şi confort desăvârşite, iar 10 teama care îmbracă intensitatea panicii. Clientul, aflat în transă hipnotică, îşi reprezintă evenimentul, plasând în colţul din dreapta sus cadranul anxiomeirului, astfel încât acul indicatorului să *se* oprească în dreptul valorii ce corespunde stării de linişte evocată de vizualizare. Intervenţia continuă în felul următor:

„ Vei putea găsi acum acel nivel al anxietăţii, pe care să-l apreciezi ca fiind tolerabil. controlabil, potrivit ţie... probabil undeva pe la mijlocul scalei... dar bineînţeles această valoare trebuie să o determini de unul singur/de una singură... concentrează-te deci asupra a ceea ce simţi... asupra acestei anxietăţi, pe care ştii că o poţi controla... şi potriveşte acul indicatorului pentru a corespunde acestui sentiment... Ce valoare indică acum anxiometrul ?... (Aşteptăm răspunsul clientului). *E bine. Acum ştim cât arată indicatorul atunci când simţi tocmai atâta anxietate, câtă poţi controla fără probleme deosebite... câtă poţi tolera fără dificultăţi... să revenim deci la situaţia in care totul este în regulă, pentru a vedea ce valoare indică anxiometrul... concentrează-te acum la acel element, pe care l-am identificat împreună, ca fiind cel mai important în determinarea caracterului liniştitor a! evenimentului pe care l-ai evocat... ce indică anxiometrul acum, când le concentrezi asupra acestui element ? ".*

Acest antrenament este continuat până când clientul învaţă să controleze în imaginaţie funcţionarea anxiomeirului, prin modificarea elementului relevant al percepţiei evenimentului evocat. După ce persoana a învăţat să ajusteze cu uşurinţă anxiometrul după natura evenimentelor evocate, intervenţia poate continua în felul următor:

.Imaginează-ţi acum o situaţie, în care te-ai simţit uşor anxios/anxioasă... şi reprezintă-ţi în colţul din dreapta sus cadranul anxiomeirului... aşa, acum potriveşte acul indicatorului astfel încât valoarea arătată de aceasta să corespundă nivelului anxietăţii pe care o simţi... reflne ce valoare indică anxiometrul atunci când anxietatea pe care o simţi este de imensitate potrivită... iar acum, revino în imaginaţie la scena care te face să te simţi liniştit(ă)... şi ajustează acul indicator al anxiomeirului... astfel încât să fie în dreptul unei valori care

corespunde stării de liniate pe care o simți... ți concentrează-fi acum atenția asupra acestei emoții, asupra sentimentului de liniște... sesizează cât de bine te simți atunci când anxiometrul indică absența anxietății... și poți observa, astfel, că felul în care te simți este strâns legat de ceea ce arată acul indicator al anxiometrului... da, cele două se leagă: anxiometrul arată ceea ce simți... si simți ceea ce arată anxiometrul... iar acum, poți să te convingi cum poți influența ceea ce simți, folosindu-te de anxiometru... deplasează deci acul indicator al anxiometrului... astfel încât valoarea indicată să crească încet... treptat... până la nivelul anxietății tolerabile... si dincolo de această valoare... până la o valoare care indică o neliniște mult crescută, dincolo de valoarea de prag a anxietății pe care o poți tolera fără probleme... și concentrează-te acum asupra sentimentului pe care îl simți acum, când privești scena plăcută pe care ți-ai imaginat-o și anxiometrul indică o valoare ce corespunde anxietății crescute dincolo de limita tolerabilă... și poți să te convingi că schimbarea anxiometrului modifică starea emoțională pe care o trăiești... și asta este o descoperire deosebit de importantă, pentru că poți ști astfel, că exact așa cum făcând ca anxiometrul să indice mai multă anxietate, ai putut simți cum crește anxietatea pe care o simți, poți proceda și invers... deplasează deci, acum, acul indicatorului în sens invers, astfel încât să revină treptat în zona anxietății tolerabile... iar mai apoi, la valorile care corespund stării de liniște plăcută... încet, fără grabă, pentru a permite emoțiilor să se modifice și ele o dată cu deplasarea acului indicator... și când acul indicator a revenit la valorile care corespund stării de bine... cănds-a stabilizat din nou în. aceasta zonă... îndreaptă-ți din nou atenția înspre ceea ce simți... pentru a simți cât de bine te simți atunci când anxiometrul indică lipsa anxietății și când te simți bine... așa deci le-ai putut convinge cum poți influența nivelul anxietății prin nivelul anxiometrului... iar acum te vei putea convinge că poți proceda la fel și atunci când îți imaginezi o scenă sau un eveniment care te anxietează ușor... imaginează-ți așadar această scenă... și vezi anxiometrul plasat în coiful din dreapta sus... și citește valoarea indicată de cadran... corespunzătoare anxietății tolerabile...".

Demersul este continuat până când clientul reușește să-și controleze și în cazul reprezentării ușor anxietante, starea emoțională, cu ajutorul modificării valorii indicate pe cadranul anxiometrului. După ce persoana și-a descoperit astfel capacitatea de a-și reduce anxietatea la un nivel tolerabil, putem trece la utilizarea acestei resurse în cazul imaginării situației (sau situațiilor) generatoare de niveluri insuportabile (sau foarte greu suportabile) ale anxietății. Aceste scene, respectiv evenimente, sunt vizualizate mai întâi în condițiile trăirii depline a sentimentelor de neliniște și anxietate, pentru ca într-o secvență ulterioară acul indicator al anxiometrului să fie deplasat în dreptul acelor valori de pe cadran, care corespund unor intensități tolerabile în condiții de confort psihic rezonabil, ale anxietății.

Este important de subliniat că, deși intervenția este prezentată de către autorul ei ca desfășurându-se în cadrul a două ședințe terapeutice, practica clinică ne arată că uneori poate fi nevoie de 4-5 sau chiar mai multe întrevederi cu clientul, pentru a putea realiza obiectivele terapeutice vizate. Hotărâtor în acest sens este ritmul individual al fiecărui client în parte, mai exact timpul de care are nevoie pentru a dobândi dexteritatea necesară utilizării eficiente a anxiometrului. Doar după atingerea acestui nivel al competenței este recomandabil să încurajam clientul să recurgă la tehnica controlului prin anxiometru în confruntările directe cu situațiile și evenimentele anxiogene.

Această intervenție prezintă totodată avantajul că permite și influențarea anxietății legată de trăirea anxietății (fobofobia, definită de Hallam ca „cerc vicios primar" implicat în menținerea anxietății). Dobândirea capacității de a diminua anxietatea sub valoarea critică a pragului suportabilității are darul de a reduce semnificativ și neliniștea cu care

persoana anticipează episoadele anxioase şi de a permite renunţarea la eforturile depui: în vederea evitării situaţiilor anxiogene.

Procedura descrisă mai sus poate fi aplicata însă, din păcate, doar în cazul acele: persoane care sunt capabile să vizualizeze cu uşurinţă scene şi evenimente şi care sur: totodată dispuse să-şi focalizeze atenţia asupra unor reprezentări vizuale relevante suficient! vreme, pentru a putea realiza obiectivele terapeutice. Având în vedere faptul că nu te: clien{ii anxioşi satisfac aceste criterii, Higgins propune, ca o alternativă, să invitär. persoanele lipsite de imaginaţie (sau nefiind dotate cu această aptitudine) să-şi descrie metaforic, folosindu-se de propriile lor cuvinte, experienţele trăite cu ocazia confruntări cu situaţii diferite. Cu ocazia fiecărei descrieri, clientul este întrebat ce valoare crede că a: indica anxiometrul, pentru a cuantifica măsura anxietăţii cu care se confruntă în situaţii cu pricina. Tehnica manipulării anxiometrului este prezentată clientului ca o modalitate de control al anxietăţii de intensitate nedorită, care în cazul altor persoane şi-a dovedi: eficienta, sugerându-i acestuia că poate recurge şi el cu succes la această metodă.

Marele avantaj al abordării propuse de Higgins (1998) constă în faptul că ea permite. încă din prima fază a terapiei, dobândirea de către client a sentimentului controlului asupra simplomelor cu care se confruntă, acest câştig^vând importante implicaţii asupra stimei de sine, ea contribuind în esenţă la întărirea eului. Modificările descrise îi permit. la rândul lor, să dobândească o capacitate superioară pentru abordarea aspectelor psihodinamice ale anxietăţii cu care se confruntă. Acestea, Ia rândul lor, implică teme cum ar fi implicarea încrederii în sine generale în determinarea anxietăţii; modul în care o schimbare intervenită în context (de exemplu trecerea de Ia o situaţie privată la una socială) poate influenta evaluarea propriei persoane; cum gândurile automatizate, bazate pe valori şi experienţe perfecţioniste pot contribui la dezvoltarea unor vulnerabilităţi fizice sau psihologice; cum cogniţiile (exprimate sub formă verbală sau ca imagini vizuale) se pot centra adesea în jurul unor teme ce implică catastrofe personale ori psihologice; sau cum concepţia clientului asupra „performantelor neadecvate" în situaţii variate îl lasă pe acesta vulnerabil fată de evaluările critice, respectiv atitudinile de respingere.

Continuarea terapiei este descrisă de către autor în termeni de confruntare blândă şi înlocuire a percepţiilor disfuncţionale ale clientului asupra lui însuşi, respectiv ale resurselor pe care le poate mobiliza în confruntarea cu cele mai diverse situaţii solicitante. Se apreciază ca importantă şi dobândirea unei înţelegeri a modului în care clientul este perceput şi evaluat de către al(ii, respectiv redimeiisionarca importanţei care se atribuie aprecierii persoanei de către ceilalţi. Se insistă, în sfârşit, asupra învăţării unei evaluări mai realiste a consecinţelor.

în încheiere, considerăm utilă extrapolarea principiilor identificate de Scott şi Stradling (1992) pentru terapia tulburării de stres posttraumatic şi prezentarea lor cu titlu de ghid utilizabil în tratamentul clienţilor care suferă de oricare dintre formele anxietăţii:

- Terapeutul trebuie sâ accentueze faptul câ evitarea confruntării cu situaţia traumatică (sau anxiogenă) generează pe termen lung mai mult disconfort, decât eforturile depuse în vederea soluţionării problemei. De fapt, în terapie este vorba de asumarea neplăcerilor de moment de dragul promisiunii avantajelor pe termen lung.
- Clientul poate avea sentimentul că, prin faptul că trebuie să vorbească despre traumele suferite sau despre anxietăfile sale, este forţat să-şi asume din nou rolul de victimă. în aceste condiţii, este recomandabil ca terapeutul să accepte în mod explicit această interpretare, fiind nevoit în caz contrar să se confrunte cu rezistenta deschisă a pacientului.

- Trezirea speranței are o semnificație decisivă din punctul de vedere al implicării clientului în procesul terapeutic.
- Putem pregăti clientul pentru recăderile inevitabile care apar pe parcursul terapiei, prezentând de la bun început programul terapeutic ca pe o intervenție care funcționează pe baza principiului „doi pași înainte, unul înapoi" și în cadru! căruia recăderile sunt evaluate ca experiențe de învățare cu valențe terapeutice.
- Este de așteptat ca terapeutul să dea dovadă de flexibilitatea necesară pentru a putea recurge la strategii variate, impuse de obiectivul înlăturării diferitelor siinptome ale anxietății, precum și pentru a se dovedi capabil de examinarea semnificației trăirilor traumatice și ale anxietății.
- Exercițiile care vizează desensibilizarea pot fi introduse, doar după ce, în prealabil, s-a reușit clădirea unei relații terapeutice satisfăcătoare și după ce recursul la tehnicile de liniștire și de distragere a atenției s-au dovedit a fi ineficiente. Utilizarea casetei audio este indicată doar în condițiile unui context în care există spijin adecvat.
- Tratamentul medicamentos (recursul la anxiolitice) se poate dovedi a fi un aliat al psihoterapiei, în condițiile în care terapeutul încurajează complianța cu tratamentul prescris.

2. Hipnoterapia persoanelor depresive

Consemnată de mai bine de 2500 de ani, depresia continuă să fie una dintre cele mai răspândite probleme cu care se confruntă omenirea. Dacă în formele ei cele mai grave afectează „doar" 5-8% din populație, după cum a demonstrat cel mai cuprinzător studiu recent dedicat problemelor psihopatologice *(National Comorbidity Study,* efectuat la începutul anilor 1990 în S.U.A.), incidența depresiilor moderate, dar totuși clinic semnificative, ar fi de cel puțin 17%. Mai mult chiar, dacă se au în vedere stările depresive subclinice, a căror implicare în dezvoltarea formelor grave este din ce în ce mai recunoscută, putem constata că nu mai puțin de o treime din populație se confruntă pe parcursul vieții cu cel putui un astfel de episod (Akiskal, 2000).

Multă vreme, hipnoza a fost considerată o intervenție nu doar ineficientă, ci chiar contraindicată în tratamentul persoanelor afectate de depresie. Schimbarea de optică, sesizabilă în abordarea psihoterapeutică a depresiei din ultimii ani, arc la bază câteva premise importante. Prima dintre ele este reprezentată de recunoașterea rolului jucat de schemele cognitive negative și de atitudinile disfuncționale negative în depresie, recunoaștere datorată mai ales lucrărilor lui Beck și colaboratorilor săi. In al doilea rând, putem aminti descoperirea contribuției mecanismelor hipnotice și autohipnotice la asimilarea și activarea acestor convingeri și, implicit, a ideii că hipnoza ar putea fi utilizată pentru a contracara și a anula efectele acestei autohipnoze negative (Yapko, 1989; 1990; 1992; Alladin, 1994). Semnificativă este în acest sens deschiderea manifestată de reprezentanții terapiilor cognitiv-comportamentale (Dowd, 1997; Ellis, 2001) față de includerea intervențiilor hipnotice în arsenalul propriu de tehnici, ceea ce a echivalat cu asocierea hipnozei cu o abordare a depresiei, care își câștigase deja o largă recunoaștere în rândurile specialiștilor angajați în tratamentul depresiei.

în ceea ce privește receptivitatea persoanelor depresive față de hipnoză, aceasta este apreciată de către Spiegel *et al.* (2000) ca situându-se în zona hipnotizabilității medii, principalul mecanism prin care acești clienți ar putea fi abordați fiind reprezentat de

absorbție, receptivitatea lor față de sugestie și potențialul disociativ fiind considerate mai mici. Din acest punct de vedere, autorii citați par a se situa oarecum în opoziție cu teza formulată de Alladin (1994), conform căreia disocierea ar reprezenta unul dintre principalele mecanisme care contribuie la dezvoltarea depresiei. Probabil Ia originea contradicției se află faptul că cei dintâi autori se referă la „depresia majoră", care conform terminologiei impuse de ultimele ediții ale DSM (IV, respectiv IV-TR) ar corespunde mai degrabă mai vechii categorii a depresiilor endogene, în timp ce Alladin are în vedere depresia psihogenă.

\âpko (2001b) constată că hipnoza se poate dovedi a fi un instrument util pentru reducerea unor simptome comune ale depresiei majore, cum ar fi agitația și ruminația. contribuind prin aceasta la diminuarea neajutorării și deznădejdii. Mai mult, hipnoza și-a demonstrat eficiența și în facilitarea procesului de însușire a unor abilități considerate relevante de către, practic, toate formele de tratament pentru depresia majoră, care au putui fi validate empiric. Una dintre aceste abilități vizează identificarea și tolerarea ambiguității și implicit reducerea tendinței de a elabora interpretări și judecăți subiective (pozitive sau negative), în absența unor date obiective, doar de dragul de a reduce incertitudinea, predispoziție apreciată de Yapko (2001a) ca jtrcând un rol important în depresie.

Gravitz (2001) demonstrează utilitatea hipnozei în terapia reacției la doliu, tratând o femeie de 54 ani, chinuită de imagini dureroase recurente, ce o înfățișau pe mama ei pe parul de spital, la scurt timp înainte de deces, chinuindu-se să respire. în cadrul unei singure intervenții hipnotice, s-a reușit reconstruirea unor amintiri în care mama clientei apare sănătoasă, ca în „vremurile fericite". La un control efectuat patru luni tnai târziu, s-a putut constata nu doar păstrarea, dar chiar intensificarea imaginilor restructurate terapeutic. Autorul apreciază, în concluzie, că restructurarea hipnotică a amintirilor poate fi utilizată ca o tehnică eficientă în tratamentul reacțiilor neobișnuit de intense la doliu. Elkins (2000) consideră, de asemenea, că psihoterapia orientată hipnotic poate reprezenta un adjuvant terapeutic puternic pentru tratamentul doliului și facilitarea prelucrării pierderii cauzate de deces.

Intervenții terapeutice pentru tratarea persoanelor depresive

Intervenția care vizează *întărirea eului,* dobândește în cazul tratamentului clienților depresivi o importanță „vitală", datorită faptului că tulburarea dispoziției se asociază aproape organic cu stima de sine scăzută, respectiv cu sentimentele de neajutorare și deznădejde. Nu este întâmplătoare în acest sens frecvența relativ crescută a recursului persoanelor afectate de formele severe ale depresiei la suicid, ca la o ultimă și disperată tentativă de a pune capăt suferințelor, întâlnită la cea 15% dintre acești clienți (Akiskal, 2001), dacă avem în vedere observația lui Beck și Steer (1988), după care deznădejdea constituie principala cauză a sinuciderilor. Astfel, considerăm pe deplin justificate eforturile depuse de psihoterapeutul angajat în tratamentul persoanei depresive, în vederea întăririi stimei de sine a clientului.

O astfel de intervenție este cea propusă de Havens și Walters (1989), purtând titlul *„Testul de auz",* în fapt o foarte frumoasă metaforă care vizează cu precădere întărirea stimei de sine a clientului.

„Și ce crezi despre Beethoven, care pe măsură ce îmbătrânea, devenea din ce în ce mai surd, dar continua să scrie, compunând o muzică minunata, pe care însă el nu o putea auzi ?

Totul a durat până într-o seară, când dirija o orchestră care cânta o simfonie, chiar ultima dintre cele pe care le-a compus. Și când concertul s-a terminat, toată sala a erupt în aplauze. Publicul îl aclama, dar el nu putea să-l audă. A rămas cu fața la orchestră, neștiind ce se întâmpla în spatele lui, până când cineva s-a dus spre el și l-a întors să vadă ceea ce nu putea auzi.

Numai atunci a aflat ceea ce toată lumea ar trebui să știe, dar uneori nu poate auzi, așa cum nu putea auzi nici acea femeie de care am auzit, o brunetă cu ochi negri, bine făcută. exceplionulă pe plan profesional, dar care se ura și ura viața pe care o trăia. Credea că este urâtă și respingătoare, și credea că aceasta era cauza pentru care i se întâmplau atâtea lucruri rele.

Dar într-o amiază, când era la masă cu un prieten, un artist pe care-l cunoștea de o vreme și i-a spus acestuia, cu o undă de regret în voce, că sunt atâtea femei frumoase și că toate par să fie pe acea stradă în acea zi, acesta i-a răspuns pur și simplu : «Cred că tu ești cea mai frumoasă femeie pe care am văzut-o vreodată» și a continuat să mănânce ca și cum nu s-ar fi întâmplat nimic.

Și acea simplă observație, acea simplă exprimare a unei păreri, care în mod evident nu era o flatare, nu putea fi retrasă și nu putea dispărea. Prietenul ei era un artist care știa ce înseamnă frumusețea, așa că ea n-ar fi putut ignora sau uita părerea lui. Deci, în loc să procedeze astfel, a început să se privească zilnic în oglindă și a început să-i privească și pe ceilalți, să fie atentă la felul cum arătau, cu cine erau, și pentru început i-a fost greu și chiar puțin înfricoșător, să admită căi de mult a greșit ea, cât de mult a greșii mama ei. și în cât de multe feluri, în ceea ce o privește.

Dar după un timp a acceptat ideea că nu era urâtă, că nu era proastă și că nu era rea, recunoscând în cele din urmă, că era chiar atrăgătoare, plăcută și drăguță și că nu trebuia să ceară, nici de la ceilalți, nici de la viață, mai puțin decât merita.

După cum și-a schimbat modul de a gândi, astfel s-a simțit schimbată și ea. Viața ei s-a schimbat toată, datorită unui simplu comentariu și a privirii pe care a îndreptat-o asupra ei înseși. Viața ei s-a schimbai datorită admiterii unui fapt, pe care n-ufost în stare să-l accepte înainte, că adevărul e frumusețe și frumusețea e adevăr și că adevărul despre cineva, despre frumusețea cuiva, se găsește în privirea respectivei persoane.

Dar ceea ce auzim, nu poate fi măsurat întotdeauna cu audiometrul. Beethoven auzea astfel în mintea lui, sunetele și muzica pe care urechile lui nu Ie mai puteau auzi, la fel cum multe animale pot auzi sunete pe care urechile omului nu le pot auzi. Și tot ceea ce avem nevoie să auzim vreodată esf&<că nu avem nimic altceva de făcut decât să auzim frumusețea a ceea ce este."

Hipnoterapeutul poate crea, în funcție de nevoile clientului său, astfel de intervenții care vizează întărirea stimei de sine a clientului, putând recurge și fa tehnicile pe care le prezentăm în secțiunea dedicată întăririi eului, din această lucrare. Intervenții deosebit de ulile pentru întărirea stimei de sine a clientului depresiv sunt și *„Liniștirea copilului interior"* (Hunter, 1988), respectiv *„Epava"* (Havens și Walters, 1989).

O alta categorie de probleme, întâlnită frecvent în cazul clienților depresivi este cea a asocierii tulburării dispoziției cu *sitnptome somatice,* în fapt manifestări de natură funcțională, în măsură chiar să „mascheze" adevărata natură (depresivă) a suferinței persoanei. Pentru descrierea acestor forme ale distimiei a fost creat termenul de „depresie mascată" (Kielholz, 1980). Dar chiar în cazul variantelor în care simptomele emoționale și cognitive sunt pe primul plan, cele somatice și vegetative pot contribui semnificativ la conturarea tabloului clinic, ele furnizând nu o dată un refugiu pentru clienții care apreciază ca prea dureroasă confruntarea cu emoțiile negative și își pot astfel focaliza atenția asupra acestor componente ale problemei lor.

Intervenția pe care o prezentăm în continuare a fost elaborată de Gilligan (1989) și vizează modificarea acelor *senzații somatice* ale persoanelor depresive, care sunt generatoare

de disconfort, ea putând fi utilizată insă şi în intervenţiile destinate clienţilor care acuză simptome asemănătoare în cadrul altor probleme psihice sau forme ale tulburării mentale. Metoda, alcăluită din zece secvenţe succesive, este exemplificată prin intervenţia asupra unei femei care acuza persistenţa unei senzaţii de „greutate neagră" în zona plexului solar, simptom manifestat in contextul unei depresii psihogene si care distrăgea atenţia clientei de la noile experienţe cu care se confrunta, focalizând-o asupra senzaţiei generatoare de disconfort considerabil.

1. Generarea absorbţiei expericnţiale

„Din cele relatate am înţeles că unul dintre lucrurile care te deranjează este acela că simţi o senzaţie de greutate în corp, mai ales în zona plexului solar. Şi bănuiesc că nu greşesc atunci când presupun că ai dori să poţi simţi altfel, nu-i aşa ? (Aşteptaţi răspunsul.) *E bine, pentru că, după cum ştii, poţi simţi lot felul de senzaţii în corp şi singura întrebare este cum poţi face pentru a permite ca acest lucru să se întâmple, cum poţi evoca diferitele alternative, astfel încât să le trăieşti în mod real. Şi pentru a putea găsi răspunsul Ut această întrebare, te voi ruga să participi la un mic experiment, unul cât se poate de simplu şi realizabil în condiţii de deplină siguranţă. "*

V.

2. Distribuirea atenţiei în 3-4 zone ale corpului

„în timp ce vei continua să auzi vocea mea, te vei putea simţi bine ştiind că inconştientul tău se poate bizui pe un corp inconştient... şi că acest corp inconştient poate comunica în felul său în atât de multe feluri... şi poate te întrebi ce vreau să spun prin aceasta... E simplu, mâinile tale (terapeutul atinge uşor mâinile clientului,),.. *mâinile tale pot comunica acordul sau dezacordul... ele pot comunica «Da» sau «Nu»,... mâinile tale pot comunica cu sentimentele... ele pot comunica «Da» sau «Nu», ele pot comunica cu sentimentele... mâinile tale pot comunica cu senzaţiile... şi nu pol să-mi dau seama cefei de senzaţie va începe să se dezvolte în mâinile acestea... în mâna dreaptă... sau în mâna stângă... senzaţia de greutate... sau poate senzaţia de uşurare... nu ştiu asta... dar ştiu că inconştientul tău îi poate permite corpului tău inconştient... să comunice sub o formă care este potrivită pentru tine... folosind pentru a comunica mâinile tale... ce simţi acum, în mâinile tale... ?*

Clientul: *Au devenii mai grele...*

Terapeutul: *Este bine... inconştientul tău poate dezvolta o senzaţie de greutate în corpul tău şi poate lucra cu senzaţia aceasta... Şi nu poţi şti... precum nu ştiu nici eu... cum se va răspândi sau intensifica această senzaţie de greutate în corpul tău... dar ştiu că nu trebuie să-ţi laşi mâinile să facă totul... pentru că ai la dispoziţie o multitudine de senzaţii diferite în corp... şi în timp ce stai aici şi mă asculţi... poţi simţi senzaţii în urechi... oricine poate avea parte de surpriza plăcută a urechilor confortabile... deci poţi sta aici... simţind acea senzaţie de greutate în mâini... şi poţi descoperi capacitatea urechilor tale de a simţi şi ele senzaţii... şi ce altceva mai simţi în mâinile tale acum... ?*

Clientul: *Senzaţia de greutate urcă prin braţe.*

Terapeutul: *Este bine... inconştientul tău poate avea într-adevăr senzaţii care se dezvoltă şi sunt dătătoare de siguranţă... Şi ce simţi în urechi... ?*

Clientul: *Nu-mi simt urechile...*

Terapeutul: *Deci deocamdată nu-ţi simţi urechile... La nivel conştient nu le simţi... Poţi lăsa însă anumite senzaţii să se estompeze... iar altele să se accentueze uşor... inconştient... Şi în timp ce corpul tău inconştient experimentează... senzaţiile care se modifică... sentimentele care se modifică... priorităţile care se modifică... mă întreb ce-i cu capacitatea ta inconştientă... de a genera senzaţii în pleoape... Da, e bine... chiar şi atunci când clipesc... clipesc... clipesc... ne putem întreba ce senzaţii apar în pleoapele tale... în timp ce se mişcă cu repeziciune in sus şi în jos... în sus şi în jos... da, inconştientul tău poate învăţa să răspundă la anumiţi stimuli comportamentali... prin senzaţii plăcute... declanşate automat..."*

Autorul insistă asupra necesității corelării elementelor neverbale ale comunicării cu natura senzațiilor sugerate. Astfel, pentru a asigura congruența mesajului, senzația de ușurare, de exemplu, este comunicată pe un ton cât se poate de moale, ridicând ușor înălțimea sunetului la sfârșitul frazei.

Se continuă cu această intervenție până când clientul reușește să identifice senzații în cel puțin trei zone ale corpului, diferite de cea în care localizează senzațiile somatice deranjante, devenind capabil să-și focalizeze atenția asupra acestor senzații. Acest demers permite reorientarea atenției dinspre o senzație difuză, dar cronică, în zona simptomului, asupra unui *paitern* dinamic al unor senzații localizate în zone diferite ale corpului, aflate în continuă „mișcare" și - lucru foarte important - luate la cunoștință de către persoană fără sentimentul disconfortului. Autorul este de asemenea de părere că. reușind acest lucru, persoana restabilește relația dintre corpul său și lumea înconjurătoare, realizare care echivalează cu o dezvoltare crucială pentru clientul care dorește schimbarea.

3. Prezentarea răspunsului hipnotic ca o capacitate deosebită

Asemeni oricărei intervenții hipnotice, terapeutul întărește orice modificare ce se produce la nivelul senzațiilor, subliniind că prin aceste modificări se exprimă de fapt o capacitate deosebită a persoanei, care poate fi exploatată de către acesta în cele mai diverse moduri (de exemplu pentru a-și controla sau a-și înlătura simptomele);

„Așa... e bine... poți deci permite inconștientului tău... și corpului tău inconștient să răspundă... și nici măcar nu trebuie să înțelegi cam se întâmplă asta... sau să controlezi asta... pentru că poli la modul foarte confortabil... să te bucuri știind că senzațiile se pot dezvolta în corpul tău... în atât de multe moduri... că inconștientul tău se poate exprima... sub forma atât de multor senzații diferite...".

4. Dezvoltarea temei controlului în dimensiuni multiple

Urmează elaborarea ideii varietății modalităților în care se poate exercita controlul asupra senzațiilor nedorite. Parametrii ce pot fi avuți în vedere sunt accesați prin întrebările:

- ce (amorțeală, căldură etc.)
- când (acum, în 5 minute, atunci când Inconștientul tău va fi pregătit)
- cum (încet, rapid, surprinzător, confortabil)
- unde (în braț, în cap, în stomac etc.)
- cu cine (de unul singur, cu terapeutul, împreună cu soția).

Exemplu:

„Și în timp ce vei continua să îți experimentezi capacitatea de a simți senzații într-o varietate de locuri... cât este de plăcut să știi că poți face asta în foarte multe feluri... de acemplu *corpul tău inconștient poate dezvolta senzații de greutate sau amorțeală... o amorțeală cât se poate de reală... sau senzația de ușurare... de ușurare reală care îți poate chiar ridica brațul... sunt atât de multe alternative... unele dintre ele fiind probabil inacceptabile pentru tine și provocând o reacție de refuz... un NU categoric... în timp ce altele îți pot fi pe plac... și le poți răspunde prin DA... pentru că la fiecare dintre aceste alternative poți răspunde astfel... încât răspunsul să fie în acord deplin cu nevoile tale... cu sentimentul tău de sine... pe care l-ai putut exprima de atât de multe ori de a lungul timpului... căci inconștientul tău poate într-adevăr lucra peste timp... dezvoltând aceste senzații acum... poate într-o măsură mai mare... poate puțin mai târziu... o mică transă puțin mai târziu... în acele zone ale corpului*

în care dorești... în care ai nevoie să dezvolți niște senzații noi-- în acele momente... în acele-locuri... cu acele persoane... in acele zone care corespund în cea mai mare măsură dezvoltări! tale ca ființă (persoană) umană...".

5. Reccpționarea și ratificarea *feedback*-urilor în cadrul hipnotic

In cadrul explorării hipnotice, terapeutul observă în mod continuu clientul și ocazionai îi adresează întrebări cu privire la cele trăite pe parcursul intervenției. Fiecare răspuns este interpretat ca o reacție inconștientă legitimă și este încurajat să se dezvolte.

In cazul în care clientul poate comunica verbal, rămânând confortabil în transă, acest lucru se poate face în mod direct, așa cum se întâmplă în exemplul care urmează:

Terapeut: *Ce simți acum ?*
Client: *Mâinile sunt foarte grele.*
Terapeut: *Inconștientul tău continuă deci să dezvolte această senzație de greutate in mâini, totul în mâini (sugestie pentru eliberarea de greutate în plex). Asta este foarte bine, Inconștientul tău are capacitatea de a dezvolta această senzație de greutate în mâini... și cine știe cum... și unde... și când... această senzație confortabilă de greutate... această senzație de greutate dătătoare de siguranță va continua să se dezvolte... poate greutatea va urca de-a lungul brațului... poate se va difuza încet prin cap... nu pot ști asta... știu însă, că Inconștientul tău poate lăsa această senzație să se dezvolte treptat... de o manieră care pentru tine ca persoană are un sens...*

Dacă discuția întrerupe transa, se poate recurge la „hipnoza fracționată", care implică o serie de transe scurte: 5-10 minute de transă, urmate de 5-10 minute de discuții etc.

O altă posibilitate avută la îndemână este constituită de recursul la semnalizarea ideomotorie, caz în care clientul furnizează răspunsuri de tip „Da", „Nu", „Nu știu" sau „Nu sunt sigur(ă)" prin ridicarea ușoară a unor degete alese în prealabil, care corespund acestor răspunsuri, la răspunsuri țintite ale terapeutului.

6. Elaborarea răspunsului hipnotic: povestirile

Pe parcursul transei, atenția clientului se îngustează treptat dinspre multitudinea alternativelor, asupra a 1-2 răspunsuri care dobândesc semnificație. Aceste răspunsuri pot fi înzestrate cu valențe de resurse relevante pentru obiectivele terapeutice, cum se întâmplă cu îngreunarca mâinilor la clienta cu greutatea supărătoare din plex.

„Și in timp ce în mâinile tale continuă să se dezvolte acea senzație deosebită de greutate, cât este de bine să știi că inconștientul tău știe atât de multe lucruri despre elaborarea unor noi legături... și te poate ajuta să înveți în atât de midie feluri.. așa s-a întâmplat și cu Mary și Joe care urmau să aibă un copil... care au venit la mine să-i ajut... și se puteau vedea deja modificările care avuseră loc în corpul ei... și fără îndoială, își modificase și ea imaginea despre corpul ei... Mary și Joe doreau să recurgă la hipnoză pentru a putea avea acel copil... vroiau hipnoză pentru a se simți bine... și pentru a păstra acest sentiment de bine și de confort... pentru a permite acelei vieți din pântecul ei să se dezvolte și pentru a se naște la momentul potrivit... și atunci eu le-am spus: «E bine, veți putea învăța cum inconștientul vostru vă poate ajuta în atât de multe feluri..... iar Mary era îngrijorată mai ales în privința suportării durerii din timpul nașterii... și am întrebat-o atunci unde simte că ar avea nevoie să simtă sentimentul confortului și securității în corpul ei... și ea mi-a indicai pântecul ei, iar eu i-am spus în termeni lipsiți de echivoc, că nu trebuie să opereze nici o discriminare împotriva ei... pentru că are un corp întreg care poate învăța o mulțime de lucruri noi... și nu trebuie să accentueze doar o parte sau alta... și că orice loc al disconfortului se poate asocia cu alte zone de confort... zone de confort și relaxare... și Mary a intrat într-o transă reconfortantă-, iar eu

am continuat să subliniez, că senzațiile din pântecul ei... pot fi acompaniate si modificate de senzafiile din alte părți ale corpului... iar ea a descoperit în transă... că poate simți in mâini senzații de amorțire si furnicătură în același timp... si a învățat cum își poate lăsa senzațiile din mâini să se asocieze cu cele din abdomen... pentru a permite senzațiilor din interior să se deplaseze spre exterior la nevoie..."

7. Proiecția în viitor

In cadrul acestei secvențe, se dau sugestii posthipnotice pentru a ne asigura că legăturile dintre resurse §i simptome se vor generaliza și pentru alte situații. Ideea generală este aceea că, ori de câte ori în viitor va apare răspunsul simptomatic, se vor activa simultan și noile resurse hipnotice.

„Și este atât de bine să știi că inconștientul tău poate aplica cele învățate în atât de multe feluri, în atât de multe domenii, in atât de multe momente... Și nici nu știu... și la nivel conștient nici tu nu poți ști... când anume va decide inconștientul tău să aplice aceste noi cunoștințe în acele situații în care vei avea nevoie de ele... poate asta se va întâmpla chiar la noapte... când te vei simți în deplină siguranță... pentru a începe să activezi senzațiile confortabile de greutate din mâini... pentru a uita pe cele din piept... sau senzațiile de ușurare... pentru a uita pieptul tău... sau plexul tău... când vei începe să activezi acele senzații de greutate în vederea conectării lor la un centru al confortului... la un centru al învățării hipnotice... la. un centru al respirației profunde și confortabile... la un centru al visării... Și nu știu dacă se va întâmpla chiar în seara aceasta... dacă vei fi singur(ă) sau împreună cu altcineva... tot ce știu este faptul că inconștientul tău poate să își ia timpul necesar pentru a învăța din acele senzații de greutate... într-un mod care surprinde partea ta conștientă..."

8. Reevaluarea sinelui

înainte de ieșirea din transă, se pot sugera câteva minute dedicate reevaluării sinelui, ca în exemplul de mai jos:

„Și pe măsură ce continui să consolidezi aceste noi cunoștințe... pe măsură ce continui să permiți inconștientului tău... să știe, cu fiecare, respirație, puțin mai adânc că poți avea realmente încredere șlifi poți construi viitorul în acord cu nevoile tale interioare... este. atât de bine să știi... că îți poți acorda câteva momente din timpul real... și tot timpul din lume... pentru a te simți pur și simplu bine... pentru a-ți mulțumi... pentru a simți acest sentiment de siguranță... acest sentiment de a ști că te poți oricând întoarce în acest loc al confortului... în acest loc al învățării... în acest loc al aprecierii nevoilor personale și al încrederii în resursele inconștientului tău...".

9. Reorientarea

„Și în timp ce îți permiți să te reorientezi din nou către starea de veghe... pentru a reveni aici... în camera aceasta din care am pornit... acordându-ți tot timpul din lume în următoarele câteva momente... vei putea păstra pentru mai târziu aceste resurse pe care tocmai le-ai descoperit... și vei dori poate pentru a reveni... să numeri de la 5 la 1... pentru a-ți permite să te reorientezi treptat... să te reorientezi treptat... să te reorientezi treptat... "

10. Sugestii posthipnotice

Se profită de faptul că, aproximativ 10 minute după terminarea transei formale, clienții rămân de regulă într-o stare de sugestibilitale crescută și se subliniază încă o dată ideile majore care au fost introduse în cadrul transei.

Programe complexe pentru tratamentul depresiei

Programele complexe *(treatment packages)* destinate tratamentului depresiei îşi propun rezolvarea tuturor problemelor şi a tulburărilor dispoziţiei, cu tentă distimică, cu care se confruntă persoana afectată de depresie. Autorii acestora pornesc de la o cartografiere care se vrea exhaustivă, a simpiomelor depresiei şi alcătuiesc astfel „pachetul" destinat tratamentului, încât în structura programului să fie incluse tehnici care pol acoperi abordarea terapeutică a tuturor elementelor identificate de analiză.

Este important de menţionat că, deşi aceste programe ar urma să fie aplicate - cel puţin în intenţia autorilor - în această structură, elemente extrase din contextul întregului pot fi împrumutate pentru a răspunde nevoilor concrete ale clientului, chiar în cadrul unor intervenţii concepute diferit.

Dintre intervenţiile structurate care îşi propun abordarea hipnoterapeutică a persoanelor depresive vom prezenta în continuare două programe, elaborate de către doi dintre cei mai autorizaţi specialişti în domeniu: Michael Yapko şi Assen Alladin.

a. Hipnoterapia depresiei după Yapko

Yapko (1992) arată faptul că imaginaţia nu dispune doar de capacitatea de a produce schimbări favorabile persoanei, ci poate fi pusă şi în slujba unor modificări care pot fi calificate fără echivoc ca fiind negative. Persoana poate să-şi imagineze nu doar adaptarea reuşită sau viitorul fericit. Dimpotrivă, fantezia ei poate fi monopolizată şi de şiruri de imagini care întruchipează neputinţa sau deznodământul dureros. Termenii *„autohipnoză negativă"* (propus de Araoz), precum şi *„transă simptomatică" (symptomatic trance,* introdus de Gilligan), desemnează deopotrivă acele convingeri, referitoare Ia propria persoană şi la lumea înconjurătoare, care se formează pe calea mecanismelor autohipnotice şi care provoacă stări emoţionale neplăcute. Gilligan (1987) sintetizează în felul următor principalele caracteristici ale stărilor de transă simptomatică:

1) Sunt răspunsuri date la trăiri ataşate de diferitele domenii ale existenţei, care limitează posibilităţile persoanei şi care au caracter autodestmetiv.
2) Ca o consecinţă a acestora, relaţiile subiectului cu persoanele semnificative care trăiesc în anturajul lui păstrează o calitate precară, nu arareori îmbrăcând forma *„relaţiilor destructive"* atât de caracteristice persoanelor depresive. La baza acestor fenomene se pot descoperi cu precădere dificultăţi tipice de relaţionare, care pot fi calificate drept consecinţe ale stărilor de transă simptomatice.
3) Persoana se ataşează într-un mod rigid de imaginea pe care şi-a format-o asupra realităţii, chiar şi în condiţiile în care dovezi incontestabile îi atrag atenţia de o manieră neechivocă asupra necesităţii corijării percepţiilor sale. Persoana aflată în starea de transă simptomatică se dovedeşte a fi incapabilă de luarea la cunoştinţă a acelor schimbări care survin în cadrul contextului şi care reclamă fie modificarea adecvată a imaginii ce reflectă noile circumstanţele, fie reconsiderarea modului în care persoana se raportează la acestea.
4) Răspunsurile comportamentale ale persoanei nu sunt conforme cu circumstanţele date, adică persoana se dovedeşte incapabilă să identifice cerinţele sttuaţionale, respectiv să reacţioneze în conformitate cu acestea. Această raportare conduce la deznodăminte pe care persoana le trăieşte drept eşecuri, rejecţii sau umilinţe.
5) Persoana refuză să se accepte pe sine, ceea ce antrenează incapacitatea acceptării şi utilizării unor dimensiuni ale cului.

Yapko aduce, mai departe, argumente în favoarea faptului că, în cazul depresiei, trebuie să luăm în calcul un caz particular al transelor simptomatice, așa-numitele *„transe simptomatice depresive"*. Potrivit autorului citat, aceste fenomene ar provoca - inconștient și involuntar - manifestările specifice ale sindromului depresiv: distorsiunile cognitive, relațiile disfuncționale, absența (aparentă a) capacității de rezolvare a problemelor, atitudini mentale rigide etc.

\apko identifică de altfel și alte fenomene hipnotice în cadrul depresiei. Acestea sunt sintetizate în tabelul 2.

Tabelul 2. *Fenomenele hipnotice ce pot fi puse in evidență în cadrul depresiei*

1. Regresia de vârstă (inclusiv hipermnezie și retrăire)
   - Concentrare primordială asupra trecutului
   - Exagerarea/retrăirea traumelor, a rejecții și a umilințelor din trecut
   - Utilizarea trecutului drept sistem de referință în situații de decizie actuale
2. Progresia de vârstă
   - Proiectarea în viitor a unor traume din trecut
3. Amnezia
   - absența reactualizării conștiente a succeselor din trecut și a *feedback-\xx\ior* pozitive
4. Catalepsie
   - rctardare psihomotorie, postură rigidă
5. Disociere
   - Dispoziție depresivă, independentă de context
   - Atenție selectivă, orientată asupra aspectelor negative
   - Abstractizarea de contextele actuale în favoarea orientării înspre trecut
   - Calificarea drept negative a unor dimensiuni izolate ale eului
6. Răspunsuri ideomotorii
   - gânduri/cogniții, emoții, senzații și comportamente depresogenc automatizate
7. Halucinații
   - Perceperea rejecții-si a raportării negative a interlocutorului, în absența acestora
   - Incapacitatea sesizării și recepționării auditive *afeedback-onlor* pozitive
8. Modificări la nivelul simțurilor
   - Raportare distorsionată la propriile fenomene organice prin medierea simptomelor fiziologice (de exemplu somatizarc)
   - Capacitate scăzută de conștientizare la nivelul simțurilor și de obținere a plăcerii senzuale
9. Distorsiuni ale percepției timpului
   - Expansiunea trăirii experiențelor din trecut însoțită de sentimente de disconfort actuale
   - Capacitatea scăzută a anticipării și a trăirii oportunităților oferite de viitor

"^pko (1992) propune un model în nouă secvențe al tratamentului bipnoterapeutic al depresiei, care cuprinde următoarele stadii:

1) Interviul și colectarea informată a datelor;
2) Dezvoltarea expectanțelor pozitive;
3) Facilitarea dezvoltării flexibilității;
4) Expansiunea cadrelor de referință;
5) Experimentarea alternativelor;
6) întărirea specificității situaținale;
7) Integrarea mecanismelor de *feedback:*
   - referitoare la cerințele situaționale;

- referitoare la influenţa exercitată de modelele elaborate în prealabil asupra posibilităţilor de alegere;
- referitoare la relativa rigiditate sau flexibilitate a răspunsurilor;
- referitoare la nivelul satisfăcător al răspunsurilor;
- referitoare la nevoia de mai multă infomaţie, precum şi de mai multe alternative;

8) încorporarea *(Incorporaiion)*;
9) Clarificarea limitelor generalizării (direcţionarea spre viitor).

în cadrul fiecăreia dintre secvenţele modelului prezentat mai sus, este prioritară realizarea anumitor scopuri. Acestea sunt discutate în detaliu în cele ce urmează, alături de reliefarea rolului pe care hipnoza îl deţine în realizarea acestora.

Interviul şi colectarea informată a datelor

Yapko consideră importante clarificarea următoarelor aspecte chiar în cadrul primei şedinţe:

- identificarea acelor probleme ale clientului «are pot fi puse în legătură cu depresia ;
- identificarea acelor modele (structuri) la care clientul a recurs şi în trecut, şi despre care se poate presupune că, deopotrivă, îşi asumă un rol în structurarea percepţiilor clientului şi în determinarea reacţiilor de răspuns ale acestuia la trăirile generate de diferitele situaţii de viaţă ;
- identificarea acelor resurse specifice ale clientului, pe care ne putem sprijini de-a lungul intervenţiei, precum şi detectarea acelora care urmează sâ fie dezvoltate în vederea rezolvării problemei clientului;
- recunoaşterea de către client a strategiilor utilizate în cadrul proceselor de percepţie şi de luare a deciziilor, în vederea descoperirii a ceea ce este neadecvat, ncrclcvant sau incomplet. în realizarea acestui scop întrebările de tipul *„Cum ? "* deţin un rol strategic (de exemplu: *„Cum anume apreciezi/De unde ştii că persoana cu care intri în contact, nu te apreciază ? ")*;
- identificarea expectanţelor, a obiectivelor clientului (dezvăluirea structurii, conţinutului, formulării clare, precum şi a şanselor de realizare a acestora);
- evaluarea necesităţii eliberării urgente de simptome cu ajutorul hipnozei.

Totodată, pe parcursul acestei secvenţe trebuie evaluat şi potenţialul suicidar al clientului, nivelul senzaţiei de disconfort, gradul de expansiune al *patiern-utilor* simptomatice *(symplomatic patterns),* gradul de echilibru al modelelor subiective, măsura şi calitatea capacităţii de integrare a intervenţiilor terapeutului de către client. Trebuie să se obţină o descriere cât mai detaliată şi clară a depresiei clientului, pentru a se putea evalua acele modele la care clientul recurge în prelucrarea trăirilor sale. Din acest punct de vedere, deosebit de importante sunt vocabularul clientului (cu ce fel de cuvinte îşi descrie starea), stilul cognitiv, modalitatea de răspuns, sistemul reprezentărilor primare etc. Acele imagini, cu ajutorul cărora persoana îşi descrie trăirile depresive, pot fi utilizate în cadrul tratamentului (dacă clientul îşi descrie depresia ca „o ceaţă densă, întunecată care îi apasă creierul", intervenţia - la momentul adecvai - va sugera risipirea treptată a acesteia şi reinstaurarea dominaţiei luminii).

Construirea relaţiei terapeutice şi stabilirea ritmului intervenţiei terapeutice aparţin. de asemenea, obiectivelor vizate în cadrul primului pas al tratamentului. Yapko se

declară adeptul terapiei centrate pe particularitățile clientului, accentuând faptul că intervenția trebuie să se clădească pe recunoașterea, acceptarea și utilizarea modelelor de prelucrare a trăirilor la care recurge persoana. Autorul atrage atenția și asupra faptului că, luând în considerare predispoziția persoanelor suferinde de depresie spre neajutorare si spre contemplarea propriei persoane ca o victimă a unor circumstanțe exterioare ei, orice altă modalitate de abordare decât cea bazată pe colaborare, poate fi nemijlocit destructivă, cauzatoare de alte vătămări ale personalității lor.

Potrivit opiniei autorului, hipnoza poate fi introdusă deja în cadrul primei ședințe, atât din considerente terapeutice, cât și diagnostice. Scopul intervenției, înainte de toate, este de a ajuta persoana să înțeleagă rolul pe care hipnoza îl joacă în determinarea modului în care percepe lumea și își construiește realitatea subiectivă. Putem facilita, cu ajutorul hipnozei, descoperirea faptului că realitatea, pe care o consideră obiectivă și de neschimbat, poate fi concepută ca o imagine construită și menținută în mod subiectiv. Recunoașterea acelor mecanisme - în esență - hipnotice, care conduc la apariția stării de transă simptomatică și care joacă un rol important în apariția și menținerea depresiei, poate facilita înțelegerea faptului că aceleași mecanisme pot fi puse în slujba vindecării, în condițiile în care „autohipnoza negativă" este înlocuită de hipnoza (și autohipnoza) utilizate în scop terapeutic.

Dezvoltarea expectanțelor pozitive

Expcctanțele pozitive pot fi definite ca prezența acelor convingeri, potrivit cărora condițiile viitoare pot fi modificate în direcția dorită de persoană. Opusul raportării descrise mai sus constă în lipsa de speranță, concept pe care Seligman (1998) îl definește drept acea formă a neputinței, care atribuie condițiilor actuale, apreciate ca inacceptabile, control extern, persistență și influență generalizată (expansiunea acesteia în toate sau aproape toate dimensiunile vieții persoanei). Lipsa de speranță însoțește frecvent depresia și este responsabilă într-o măsură considerabilă de menținerea tulburării de dispoziție. Mai mult, în opinia lui Beck și Steer (1988), chiar și acele tentative de suicid, la care recurg - ca la o ultimă soluție - unele dintre persoanele care suferă de depresie, s-ar datora nu într-atât depresiei îiwine, cât mai degrabă lipsei de speranță.

Yapko accentuează faptul că dezvoltarea expectanțelor pozitive, constituie condiția de bază a participării la terapie; în absența speranței, eforturile mobilizate în vederea schimbării ar fi lipsite de sens. De altfel, în aceaslă privință, punctul de vedere al autorului coincide cu cel susținut de Mischel (1985), după care *„expcctanțele legate de consecințele comportamentului și ale stimulării"* constituie acea *variabilă personală* care joacă un rol decisiv în implicarea în activitate. Poziții similare sunt exprimate și de către Frank (1985), Sapolsky (1994), Seligman (1998) eic. Yapko evaluează trezirea speranței drept cel mai important aspect al tratamentului, fiind de părere că de această componentă ar fi nevoie chiar și în condițiile în care clientul, realmente, se zbate în strânsoarea unor condiții care sunt în mod obiectiv de neschimbat (de exemplu în cazul unei boli incurabile).

Dezvoltarea și întărirea expectanțelor pozitive presupune fenomene de învățare pozitive, care au la bază conștientizarea resurselor energetice de care dispune clientul și adoptarea orientării înspre viitor, prin intermediul formulării unor scopuri pozitive, apreciate anterior de către persoană ca nerealizabile. Principalii pași ai trezirii speranței pe cale hipnoterapeutică pot fi sintetizați în felul următor :

- identificarea ritmului dominant al orientării;

- identificarea sistemului de reprezentare primar;
- identificarea stilului cognitiv al clientului;
- introducerea metaforelor care ilustrează caracterul inevitabil al schimbării;
- examinarea stărilor intermediare ale persoanei;
- identificarea resurselor personale mobilizate cu ocazia schimbărilor care au avut deja loc în trecut;
- integrarea previziunilor care se autoconfirmă.

(Yapko, 1992, p. 129)

în cele ce urmează vom ilustra printr-un exemplu intervenţia hipnoterapeutică pe care \apko o utilizează în vederea dezvoltării expectanţelor pozitive la un client depresiv:

„Instaîează-te confortabil... respiră profund şi liniştit... şi tasă-ţi ochii să se închidă încet, uşor... asta te va ajuta să-fi poţi concentra atenţia, preţ de câteva minate, înspre interior... şi să descoperi ceea ce se ascunde în tine... şi poate fi reconfortam să ştii, pentru asta nu trebuie să faci nimic deosebit... trebuie doar să-fi permiţi să descoperi... că poţi fi puţin diferit... De fapt, nimeni nu te cunoaşte mai bine decât te cunoşti tu însuţi... şi poţi şti, că te cunoşti suficient de bine... pentru a şti că te poţi simţi atât de_bine... *stând aşa, aşezat confortabil, liniştit... fără a trebui să faci ceva deosebit... sau să trăieşti ceva deosebit... lăsând pur şi simplu să se întâmple... ceea ce urmează să se întâmple... atunci când* tot corpul tău începe să se relaxeze... *şi gândurile tale încep să se deplaseze confortabil... poate în direcţia unui loc anume... în care* ai dori sâ ajungi... *şi s-ar putea ca acest loc să fie undeva foarte departe... sau să pară doar foarte îndepărtat... până când vei putea trăi sentimentul că ai putut fi acolo... pentru că atunci, ceea ce părea atât de îndepărtat, îţi apare deodată, caftind atât de aproape... şi nu-i aşa, că exact aşa se întâmplă lucrurile şi în viaţă... De fapt, ştii prea bine cât de absorbit era copilul care ai fost odinioară... de viata de zi cu zi... atunci când încă nu ai învăţat să* priveşti înainte, înspre viitor... *pentru că atunci când eşti copil ştii doar de ceea ce este... şi dacă îi spui unui copil că îl vei lua cu tine... undeva într-un loc deosebit... cândva, săptămâna viitoare... va deveni nerăbdător... căci pentru el a spune «săptămâna viitoare» este ca şi când i-ai spune «peste o sută de ani»... din fericire însă copiii cresc... şi devin mai înţelepţi... şi nimic nu poate să îi împiedice* în acest progres... *astfel încât copiii devin adolescenţi... şi adolescenţii devin adulţi tineri...* căci acest progres este inevitabil... *aşa că de ce nu ai decide tu* în ce direcţie să te schimbi... *cu atât mai mult, cu cât ştii foarte bine cum să faci acest lucru... căci tocmai asta ai făcut, atunci când în urmă cu doar un an te-ai mutat în acest oraş... lăsând în urmă orăşelul în care locuiai... şi poate nici nu a trebuit să stai prea mult pe gânduri... doar acum... deşi* sunt atât de multe lucruri care. aparent, trebuie să fie ţinute în mână deodată... *atunci când te muţi şi când* toată existenţa ta se schimbă... devenind mai bună... şi îţi oferă oportunităţi noi... si poţi să-ţi fixezi noi obiective... *şi nu poţi şti dinainte cum va fi noul tău cămin... sau cum vor fi prietenii noi... dar e important că ai avut suficientă încredere in capacitatea ta de a te adapta... şi că vei avea capacitatea de a* rezolva calm lucrurile... *şi ai reuşit să te muţi... pentru că* ai prevăzut totul... şi ţi-ai putut asuma acele riscuri rezonabile... *pe care le-ai luat în calcul... şi este atât de bine să ştii, că* ai în continuare la dispoziţie această capacitate... de a planifica... şi de a-ţi asuma riscuri rezonabile... *chiar* dacă nu le-ai acordat până acum o atenţie deosebită... acum însă ai din nou ocazia să planifici... să prevezi totul, pas cu pas... să decizi care vor fi aspectele, de care te vei ocupa pentru început... şi de care te vei apropia doar ulterior... să decizi care sunt acele aspecte, în privinţa cărora nu poţi face *o* serie de lucruri... şi care sunt acelea pe care nu le poţi influenţa... şi pe măsură ce examinezi modalităţile prin care îţi poţi exploata capacitatea de a elabora planuri... şi capacitatea care îţi permite să *vezi mult mai limpede direcţia în care te îndrepţi...* şi măsurile pe care le *vei întreprinde...* în sinea ta pori deja să ştii. că *există o calitate superioară a vieţii, pe care o poţi atinge...* şi înţelegerea acestui lucru îţi va permite să *te simţi bine în sinea ta...*

în timp ce înspre exterior *vei face totul* pentru a rezolva aceste lucruri... poți simji cura respirația devine mai liniștită... și că inima îți bate și ca mai liniștit... și mușchii tăi se relaxează... iar gândurile ți se încetinesc... permițându-ți să *le îndrepți înspre viitor*... înspre abilitățile tale care îți permit să *planifici*... și să *îți asumi riscuri calculate dinainte*... ca atunci când tc-ai mutat aici... la fel de lin, cum s-a întâmplat atunci... astfel încât următorul pas pe care îl vei face în această perioadă de viață care implică atâtea schimbări... poate fi *si mai lin*... iar atunci, când în adâncul sufletului tău vei ști acest lucru... vei putea lăsa ca toate lucrurile acestea pe care le-ai învățat să pătrundă adânc în ființa ta... și astfel *le vei putea utiliza în mult mai multe feluri decât ai putea să-ți închipui în mod conștient*... așa că te poți pregăti să *ai pane de cele mai plăcute surprize cu putință*... Iar acum, acordă-ți atâta timp de cât timp vei avea nevoie pentru a permite acestor experiențe să pătrundă in toată ființa ia... după care încet, treptat, confortabil... revino la starea obișnuită de veghe... și atunci, când te simți suficient de pregătit... lasă-ți ochii să se deschidă..." (după Yapko, 1992, pp. 127-128, cu minime modificări).

Se poate emite în continuare ipoteza că putem realiza scopul dezvoltării expectanțelor pozitive, înainte de toate, prin intervenții hipnoterapeutice puse în slujba întăririi eutui și prin abordări de tipul acelora care sunt inspirate din terapia centrată pe soluții, elaborată de către De Shazer (De Shazer, 1985; George *et al.,* 1995; Walter & Peller, 1992; O'Hanlon & Weiner-Davis, 1995). Acest obiectiv al trezirii speranței este vizat și de unul din exercițiile incluse în seria de casete audio *(„Look to the Future Optimisticatly")* editată simultan cu cartea lui Yapko (Yapko, 1992a). Prelegerea introductivă a casetelor, care conține suficiente referiri la eficiența hipnozei în tratamentul depresiei, este astfel concepută incât să contribuie și ea într-o mare măsură la trezirea optimismului ascultătorului afectat de depresie.

Facilitarea dezvoltării flexibilității

Importanta acestui scop este pusă în lumină de recunoașterea faptului că simptomele depresiei se datorează în mare măsură inflexibilității. O parte semnificativă a problemelor persoanei care suferă de depresie, izvorăște din convingerea rigidă că un anumit demers la care recurge în zadar pentru a face față unei situații, s-ar putea dovedi eficent, ba mai mult chiar, că *trebuie* să fie eficient. Yapko definește rigiditatea prin „utilizarea unui model specific într-o situație în care acesta nu numai că este lipsit de eficiență, ci are chiar un efect destructiv" (1992, p. 105). Dimpotrivă, pe măsură ce persoana dobândește capacitatea de a dezvolta răspunsuri mai eficiente și mai adecvate, cu ajutorul cărora poate face față solicitărilor diferitelor situații de viață, și poate produce rezultate dezirabile deopotrivă din punct de vedere personal și din cel al persoanelor din anturajul său, se estompează și dispar și simptomele depresive.

în vederea dezvoltării flexibilității, trebuie să asigurăm luarea la cunoștință de către client a următoarelor: (1) pentru interpretarea diferitelor situații de viață, ne stau la dispoziție o varietate de puncte de vedere, deopotrivă valide; (2) avem nevoie de dezvoltarea unor abilități de rezolvare a diverselor probleme cu care ne confruntăm; și (3) fiecare persoană trebuie să-și dezvolte capacitatea de ă reacționa la fenomenele externe și să le asigure acordul cu propriile trăiri, respectiv cu realitatea sa subiectivă.

Dezvoltarea terapeutică a flexibilității are valoare de recadrare *(reframing),* de modificare a viziunii asupra unei situații, luând în considerare faptul că accentuează acel mesaj, potrivit căruia, clientul nu este o persoană sortită inevitabil eșecului, ci pur și simplu este cineva, ale cărui strategii utilizate în cadrul unei situații nu s-au dovedit a fi

îndeajuns de eficiente până în prezent. Prin faptul că terapeutul îşi încurajează clientul, ca în locul concentrării asupra sentimentelor sale negative, să depună mai degrabă eforturi pentru a descoperi soluţia cea mai eficientă în situaţia dată, sprijină de fapt persoana depresivă în însuşirea diferenţierii dintre trăirile emoţionale interne şi realitatea externă. în final, această parte a intervenţiei contribuie si la transmiterea acelei filozofii terapeutice, potrivit căreia, experienţele de viaţă constituie un complex de stimuli interpretabil: în mai multe feluri, la care se poate tace faţă cu succes în diferite moduri.

Schimbarea viziunii poate fi definită ca o „modificare a interpretării prin faptul că privim altfel evenimentul dat" (Yapko, 1990, p. 314). Ca rezultat al reinterpretării (recadrării), părţile vulnerabile sunt reevaluate ca fiind „puncte forte", iar accidentele traumatice ca *şanse,* care asigură dobândirea unor experienţe valoroase de viaţă. Un exemplu tipic al modificării viziunii este oferit de psihoterapia pozitivă, care concepe depresia drept capacitatea persoanei „de a reacţiona cu emoţii şi sentimente profunde la cele întâmplate cu propria persoană" (Pescschkian, 1987, p. 405). în unele cazuri, chiar şi o unică observaţie se poate dovedi a fi suficientă pentru realizarea reinterpretării; de regulă însă procesul presupune mult mai mult timp şi intervenţii mai consistente. Practic, orice intervenţie psihoterapeutică, care ajută persoana să privească dintr-un alt unghi de vedere problema cu care se confrunta, poate fi considerată ca un demers aflat în slujba eforturilor ce vizează reinterpretarea. *Recadrarea (reframing)* reprezintă însă şi o formă de intervenţie de sine stătătoare, structurată în mai multe trepte, elaborată de Bandler şi Grinder, în cadrul *„programării neurolingvistice" (NLP).*

Lărgirea cadrelor de referinţă

Realizarea acestui obiectiv este strâns legată de învingerea rigidităţii. Clientul este sprijinit să-şi însuşească, în cadrul relaţiei terapeutice bazate pe colaborare, noi modalităţi de reacţie ca răspuns la situaţiile de viaţă problematice pe care le întâmpină, şi prin aceasta să-şi lărgească scala posibilităţilor de alegere. Noile alternative pot să conţină elemente cum ar fi abilităţile interpersonale proaspăt însuşite, procese de evaluare mai obiective sau însuşirea modalităţilor prin care persoana poate recunoaşte şi utiliza mai eficient propriile resurse.

Recurgerea cea mat frecventă la hipnoză apare chiar în acea fază a terapiei în care obiectivul urmărit este cel al lărgirii sistemelor de referinţă, în vederea încurajării dezvoltării perspectivelor alternative asupra trăirilor, respectiv a reprezentărilor despre realitate.

Yapko atribuie un rol esenţial extinderii sistemelor de referinţă alternative în cadrul procesului de întărire a stimei de sine a clientului. în opinia autorului, directivele utilizate de terapeut facilitează înţelegerea de către persoană a faptului că nu propria persoană, în sine, reprezintă izvorul problemelor cu care se confruntă, ci relativa ineficientă a strategiilor mobilizate în vederea biruirii dificultăţilor. Această înţelegere contribuie şi Ia recunoaşterea treptată de către persoană a faptului că nu este în totalitate disfuncţională, ci doar dovedeşte o mai slabă adaptare în anumite situaţii concrete.

Experimentarea alternativelor

Cadrul terapeutic pe care îl asigură hipnoza face posibilă, pentru client, învăţarea bazată pe experienţele proprii. Terapeutul creează situaţii de tip „ca şi cum", în condiţiile cărora clientul poate trece peste acele limitări perceptuale şi comportamentale, care ii

împiedicau până acum să-gi rezolve problemele, îngustându-i în așa măsură perspectivele, încât acestea să se dovedească a fi incapabile să-i asigure eficiență în demersurile întreprinse. Prin situațiile pe care persoana le evocă în cadrul hipnozei, se oferă ocazia punerii sub semnul întrebării a convingerilor disfuncționale, a testării ideilor alternative și a exersării noilor răspunsuri comportamentale. Prin aceasta sunt create nu doar condițiile terapeutice ale abordării de către client a dificultăților actuale prin abilități mai flexibile și mai eficiente de rezolvare a problemelor, dar și cele pentru rezolvarea acelora cu care este de așteptat să se întâlnească în viitor.

In secvența experimentării alternativelor, ne străduim în esență să dezvoltăm o atitudine, capabilă să orienteze atenția persoanei asupra consecințelor confruntării sale cu diferitele situații de viață. Yapko sintetizează semnele definitorii ale acestei orientări în felul următor:

- scopurile sunt descrise concret și în termeni pozitivi:
- rezultatele obiective sunt verificabile;
- se raportează în mod adecvat la o situație specifică;
- inițiativa poate veni deopotrivă din partea terapeutului sau a clientului, păstrarea sa, în schimb, este meritul aceluia din urmă, care se raportează la aceasta ca la o nouă posibilitate de alegere de care dispune;
- face posibilă adaptarea selectivă și flexibilă la diferite situații.

Atunci când încurajăm persoana să experimenteze modalități de a percepe realitatea și comportamente alternative, este important să Jinem cont de principiul terapeutic fundamental, potrivit căruia trebuie să ne străduim în mod conștient și deliberat să-i asigurăm clientului sentimentul reușitei, care se leagă fie de ducerea la bun sfârșit a sarcinilor terapeutice, fie de recunoașterea faptului că, prin simplul fapt de a fi încercat ceva nou, deja a și ieșit de sub vraja sentimentului neputinței, care îi paraliza orice inițiativă îndreptată înspre soluționare, contribuind la menținerea problemelor sale.

întărirea specificității situaționale

„Absorbția internă" care caracterizează atât de mult persoanele suferinde de depresie, le predispune pe acestea să ignore de regulă solicitări situaționale (cu alte cuvinte, externe), care ar face trimiteri la reacția adecvată de răspuns. Yapko înțelege prin *„specificitatea situațională",* posibilitatea ca, într-o situație data, potrivit solicitărilor situaționale concrete, persoana să renunțe la acele răspunsuri pe care i le-ar dicta caracteristicile personalității sale și să le înlocuiască pe acestea cu cele care în condițiile dale s-ar dovedi cele mai potrivite. *„întărirea specificității situaționale"* este menită să denumească acea intervenție care își propune să faciliteze persoanei suferinde de depresie, recunoașterea eficientă a particularităților prezentate de solicitări ivite în situațiile concrete și, înainte de toate, a modului în care acestea se raportează la convingerile, valorile, respectiv atitudinile sale personale, precum și la alți determinanți ai comportamentului demonstrat în situația dată. O sarcină importantă constă în învățarea persoanei să observe modul în care diferă între ele - în anumite cazuri chiar într-o măsură semnificativă - situații care pot să pară identice sau cel puțin asemănătoare, la o primă vedere. *Contextuaiizarea,* adică acea capacitate a persoanei, care îi permite să recunoască particularitățile ce individualizează diferitele situații de viața și sa reacționeze

in conformitate cu acestea diferenţiat într-o măsură adecvată, reprezintă o componentă deosebit de importantă a adaptării eficiente, absenta acesteia jucând adesea un rol major în depresie.

Ştergerea graniţelor dintre prezent şi trecut, dintre „acum" şi „atunci", poate fi identificată ca o formă de manifestare specifică a deficitului contextualizării în cadrul sindromului depresiv. Cea mai evidentă consecinţă a acesteia o putem găsi în tendinţa clientului depresiv de a căuta reperele care i-ar putea determina comportamentul actual în întâmplările din trecut, în loc să reacţioneze la ceea ce se întâmplă în prezent, nu arareori în aşa fel încât nici nu este conştient de această predispoziţie a sa.

Practic, realizarea acestui scop presupune crearea activă şi intenţionată a unor condiţii. care sunt capabile să întrerupă activarea automată a *pattem-arUot* de reacţie dezvoltate de client în trecut şi, în acelaşi timp, încurajează persoana în dezvoltarea unor modele noi în locul acestora. Yapko defineşte recursul la aceste contexte în terapie, drept *„crearea condiţiilor orientării spre scop"* sau ca activare a acelor împrejurări, în cadrul cărora împiedicăm recursul clientului la tiparele sale obişnuite de răspuns, care sunt părţi constituente ale problemelor sale, permiţându-i, în schimb, să-şi mobilizeze resursele care pot asigura realizarea obiectivelor pe care şi tera fixat. Esenţa acestor intervenţii constă în faptul că se creează condiţiile în care, clientul poate - şi este chiar nevoit - să testeze una dintre noile forme de comportament, însuşite chiar în cadrul terapiei.

Unul dintre mijloacele cele mai importante ale dezvoltării contextualizării o constituie formularea sarcinilor *(directivelor)* terapeutice. în cazul depresiei, directivele care s-au dovedit a fi cele mai eficiente cuprind; facilitarea exprimării emoţiilor, însuşirea informaţiilor, asociaţia diferitelor gânduri cu comportamente adecvate, exersarea diferitelor abilităţi nou formate, încurajarea atitudinii şi comportamentului asertiv în contexte în care nu sunt prezente elemente ameninţătoare, consemnarea progreselor personale pe parcursul terapiei într-o formă asemănătoare cu a jurnalului, descrierea scopurilor personale etc.

Introducerea directivelor trebuie precedată de construirea unui plan detaliat. înainte de toate, scopul acestuia constă în prevenirea producerii acelor situaţii care s-ar putea dovedi a fi vătămătoare pentru client. în decursul terapiei, sarcinile trebuie să fie relativ uşor realizabile, clar formulate, orientate spre scop şi multidimensionale (această din urmă cerinţă se referă la faptul că este indicat ca sarcina în cauză să activeze lumea subiectivă a clientului sub cât mai multe aspecte). O altă cerinţă se referă la programarea în timp (la ritmicitatea) folosirii directivelor. Numeroase sarcini terapeutice, a căror utilizare este altfel pe deplin îndreptăţită din punct de vedere tehnic, conduc la eşec, ca urmare a faptului că nu au fost formulate la momentul oportun. Pe de o parte, terapeutul trebuie să asigure pregătirea adecvată a clientului pentru asumarea realizării unei sarcini. Acesta este motivul pentru care terapeuţii fac eforturi îndreptate înspre întărirea eului clienţilor şi ameliorarea sentimentului lor de neputinţă, de cele mai multe ori încă din prima fază a tratamentului. în opinia lui Yapko (1992), directivele terapeutice distribuite prematur, asemeni celor formulate prea târziu sub formă de indicaţii, rămân în cazul cel mai fericit fără efect, ele putând însă antrena chiar efecte negative din punctul de vedere al terapiei. în final, trebuie să ne asigurăm de capacitatea clientului de a aplica cele însuşite de-a lungul terapiei, în toate condiţiile care justifică recursul la abilităţile în cauză. In procesul asocierii răspunsului celui mai eficient cu contextele adecvate, un rol important Ie revine sugestiilor posthipnotice. Scopul acestora este acela de a „programa"

clientul, pentru ca în momentul confruntării sale cu situații, respectiv condiții date, să producă răspunsul care promite a-i asigura consecințele cele mai favorabile cu putință.

Integrarea mecanismelor defeedback

Autorul consideră că o particularitate proprie depresiei este reprezentată de adâncirea în asemenea măsură a persoanei în propria lume interioară, încât aceasta să o împiedice în receptarea informațiilor semnificative, care îi parvin din mediul său. Numai în acel caz ar putea persoana să se raporteze pozitiv la lumea în care trăiește, dacă ar recunoaște cum anume sunt structurate lucrurile care o înconjoară (inclusiv personalitatea celorlalți, instituțiile etc).

Este ușor de înțeles de ce crește predispoziția spre depresie în cazul acelor persoane care sunt incapabile să recunoască variabilele situaționale relevante, respectiv motivul pentru care integrarea mecanismelor *defeedback* este inclusă printre obiectivele vizate în tratamentul depresiei.

Integrarea *feedback-uri* lor presupune în primul rând recunoașterea solicitărilor situaționale, prin receptarea și interpretarea adecvată a acelor reacții care vin din partea contextului ca răspuns la comportamentul nostru. Ori de câte ori persoana interpretează greșit aceste semnale sau le pierde pur și simplu din vedere, trebuie să luăm în calcul posibilitatea adaptării inadecvate, împreună cu toate acele consecințe care derivă din acest fapt. Este bine cunoscut, de exemplu, faptul că persoanele suferinde de depresie îi înstrăinează de ele însele pe cei care trăiesc în anturajul lor (Williams, 1992). Acesta, cel puțin parțial, se poate datora faptului că persoanele sunt incapabile de recunoașterea acelor situații, în care dezvăluirea de sine se justifică, sau, chiar mai mult, este de dorit, respectiv a acelora, în care relevarea unor informații despre sine (și cu atât mai mult a celor intime) ar putea produce întreruperea nemijlocită a posibilității de comunicare cu partenerul de discuție. în opinia lui Murphy și Kupshik (1992), în condițiile în care unul dintre parteneri dezvăluie informații mai profunde referitoare la propria persoană, decât cele definite în mod tacit ca acceptabile în cadrul relației, acest fapt s-ar putea dovedi a fi fatal din punctul de vedere al legăturii dintre interlocutori, receptorul putând să se simtă agresat de conținuturile cu tentă personală ce i-au fost relevate. In condiții normale, în urma dezvăluirii de sine produse la un moment nepotrivit, *feedback-ul* partenerului de discuție alertează *„sociometrul"* persoanei care a tăcut dezvăluirea nepotrivită și, ca urmare a acestui fapt, aceasta ar avea posibilitatea de a face pașii necesari în vederea restabilirii echilibrului (Leary, 1998). Persoanele depresive sunt însă de multe ori purtate de nevoia lor accentuată de dependență în situații în care - ca urmare a evaluării eronate a expectanțelor interlocutorului - comunică informații cu caracter personal într-un moment nepotrivit și, întrucât nu realizează acest lucru în timp util, se expun pericolului de a fi respinse de către partenerul de discuție. Este de prisos, credem, să insistăm asupra impactului acestor „accidente" asupra stimei de sine - oricum precare - a persoanei depresive.

Interpretarea corectă a *feedback-uriloi* este deosebit de importantă și din punctul de vedere al determinării acelei influențe pe care *modelele în prealabil însușite* le exercită asupra *perceperii posibilităților de alegere.* Persoana devine capabilă să recunoască eficient măsura în care o situație actuală seamănă sau diferă de una cu care s-a confruntat cândva în trecut, doar în condițiile evaluării corecte a acelor semnale, care o informează

asupra naturii situației. Adeseori, motivul pentru care depresivul reacționează - complet eronat, de altfel - Ia o situație actuală ca și cum aceasta ar fi repetarea unor circumstanțe întâlnite în trecut, constă în neidentificarca corectă a informațiilor referitoare la situație.

Ca urmare a acestui fapt, persoana mobilizează mecanisme de apărare și rezistente care, în situația dată, nu se justifică. Alteori, dimpotrivă, nu recunoaște faptul că utilizarea unora dintre abilitățile de care dispune ar asigura o adaptare mai economicoasă, luând în considerare faptul că, în privința principalelor caracteristici, situația dată corespunde aceleia în contextul căreia s-au dezvoltat abilitățile respective. Concret, persoana depresivă poate evalua o relație actuală ca fiind similară uneia din trecut, deci ca fiind purtătoarea potențialului dezamăgirii, în condițiile în care aceasta, practic, nu dispune de caracteristicile legăturii originale. Pe de altă parte, ea poate refuza acordarea încrederii unei persoane al cărei comportament corespunde în cea mai mare măsură comportamentului acelor persoane, care niciodată nu au abuzat de încrederea ei. A fi dezamăgiți în repetate rânduri de persoane al căror comportament nu ar fi justificat investirea unui capital de încredere, precum și tratarea cu neîncredere necontenită a acelora care ar fi nu doar capabile, dar și dispuse să depună toate eforturile pentru a asigura binele persoanei, acestea sunt cele două extreme identificabile în modelele de raportare a persoanelor suferinde de depresie și care în mod univoc sunt rezultatul absenței integrării/cenaclurilor recepționate în diverse situații.

în al treilea rând, integrarea *feedback-uri*lor trebuie asigurată în raport cu relativa rigiditate, respectiv flexibilitate a răspunsurilor. Eforturi terapeutice, pe care le mobilizăm în vederea realizării acestui scop, își propun să dezvolte, în cazul clientului depresiv, acea atitudine care poate asigura o raportare flexibilă, adaptată solicitărilor de moment, chiar și în acele situații, care tăcând parte din aceeași categorie (de exemplu întruniri amicale, interacțiuni cu străini, confruntarea cu provocări etc.) riscă să fie identificate ca fiind similare.

Una dintre cerințele fundamentale ale intervenției terapeutice, care adeseori este și cea mai dificilă de realizat, constă în integrarea *feedback-uriior* din punctul de vedere al definirii *succeselor personale.* Bandura (1997) descrie în cartea sa despre eficacitatea personală acel fenomen potrivit căruia persoanele care se subapreciază își contabilizează frecvent succesele în condițiile trăirii unei anxietăți intense, generată de temerile că luarea Ia cunoștință a acestora de către mediul lor le-ar confrunta cu expectafii cărora nu ar fi capabile să Ie facă față. Aceste persoane prezintă convingerea că, mai devreme sau mai târziu, ar fi inevitabil demascate și - ca o consecință a dezamăgirii produse astfel - persoanele importante din via{a lor s-ar îndepărta de ele. Yapko - în urma lui Clance - numește drept *„fenomenul imposturii"* (chiar mai apropiat de realitatea exprimată ar putea fi termenul *„complexul imposturii")* această atitudine întâlnită frecvent în cazul depresivilor. Scopul terapeutic în cazul acestor eJienJi constă în facilitarea atribuirii rezultatelor și succeselor obținute, abilităților, eforturilor, precum și iscusinței proprii.

în cazul altora, trebuie să luăm în calcul faptul că, drept consecință directă a formulării criteriilor acțiunii eficiente, astfel încât aceasta nu este suficient de univocă, persoanele depresive apreciază că tot ceea ce fac poate fi contabilizat ca eșec; mai mult chiar, ele însele își evaluează acțiunile ca atare. Sarcina care revine terapeutului, în aceste situații. constă în facilitarea înțelegerii de către client a nevoii de a nu se sprijini doar pe evaluările sale subiective, ci de a lua în calcul și *feedback~ul* primit din partea altora, precum și de a adopta în evaluarea eficientei personale - în locul ștachetei impuse de

nivelul propriilor expectații subiective - criterii mai obiective, acceptate pe scară largă. în acest context se dovedește a fî utilă frecvent o abordare paradoxală similară cu cea care urmează:

„Intr-o ultimă instanță ne imaginam cu tatii în adâncul sufletului nostru că am fi mai deștepți decât oricine altcineva, că tocmai noi am fi cei ajun fi in posesia unor adevăruri ultime si irefutabile. Din fericire știm totodată in străfundurile ființei noastre, că asta nu este întru-totul așa și putem accepta in cele din urmă, oricât de greu ne-ar veni acest lucru, că atunci când suntem uneori convinși că dreptatea este doar de partea noastră și că ceea ce cred toți ceilalți, care văd lucrurile diferit, este eronat, de fapt cei aflați cu certitudine în derivă suntem chiar noi. Și amândoi știm cât este de dificil să realizezi acest lucru, mai ales atunci când este vorba despre lucruri care ne privesc personal, care sunt în legătură cu cum anume suntem, cu cât valorează ceea ce am realizat... Și este cu atât mai dificil, cu cât nutrim convingerea că însuși bunul simț este cel care ne impune să nu credem că am fi mai mulți decât suntem în realitate și să nu pierdem simțul măsurii atunci când evaluăm tocmai propriile noastre realizări... Da. acest lucru poate fi deosebii de anevoios chiar și atunci când se impune corijarea unei autoevaluări prin care ne-am atribuit mai multe merite decât ni s-ar fi cuvenit, dar știm că trebuie să redăm aprecierii noastre dimensiunea reală... Oricât de greu ne-ar fi acest lucru, trebuie să cădem de acord că ceea ce am realizat valorează exact atât câtă valoare îi atribuie ceilalți... Și Ia fel stau lucrurile și atunci când avem de a face cu situația inversă, în care credem că realizările noastre au o valoare mult inferioară celei pe care cei din jurul nostru Ie-o atribuie... înțeleg că, în astfel de situații. îți este chiar infinit mai greu să accepți că dreptatea este de partea celorlalți, dar știu totodată, că posezi capacitatea de a recunoaște că nu poți fi într-atâta deasupra tuturor celorlalți, încât tocmai TU să fii singurul care poate vedea adevărata dimensiune a lucrurilor, care este în posesia adevărului absolut, atunci când toți ceilalți s-au lăsat orbiți... Și oricât de dificil s-ar dovedi acest lucru, știu că te afli în posesia capacității de a recunoaște într-un final că TE-Al ÎNȘELAT atunci când, în opoziție cu p&rerea tuturor celorlalți, ai apreciat că ceea ce ai realizat nu ar fi nimic altceva decât încă o mostră de eșec... Da, știu asta și știi și tu acest lucru, că EȘTI CAPABILfÂ) SĂ REZIȘTI TENTAȚIEI SENTIMENTUL UI DE SUPERIORITATE FAȚĂ DE TOȚI CEI CARE TE ÎNCONJOARĂ și să accepți judecata celorlalți în ceea ce te privește, chiar și alunei când trebuie să recunoști că, apreciindu-te mai favorabil decât aifăcut-o tu însuți/însăți, dreptatea era de partea lor...". ...

în exemplul de mai sus, terapeutul pornește, potrivit principiilor formulate de către Erickson, de la modelele de prelucrare a trăirilor caracteristice clientului, cu alte cuvinte de la subestimarea propriei persoane, doar că mută accentul de pe autoevaluarea depreciativă pe punerea sub semnul întrebării a corectitudinii procesului de apreciere. Cu alte cuvinte, terapeutul transformă nesiguranța clientului legată de propria persoană, în nesiguranța resimțită în legătură cu procesele de autoevaluare care generează stima de =ine scăzută. Terapeutul adoptă un ton deosebit de critic față de evaluarea de sine a clientului, accentuând ideea că, prin concluziile acesteia, persoana adoptă o poziție nazată pe încrederea oarbă în propria judecată și deprecierea opiniei celorlalți, poziție extrem de greu de acceptat de către clientul depresiv, a cărui stimă de sine este prin definiție în suferință. Această recadrare a autoaprecierii îngreunează In mod deosebit apărarea concluziilor acesteia de către client. în urma reinlerpretării astfel formulate, clientul se află pus în fața situației de a-i veni să accepte mult mai ușor o apreciere mai ?uțin severă a propriei persoane, decât calificativele de „suficiență de sine", „sentiment ii superiorității" sau chiar de „megalomanie", implicate de susținerea în continuare a iutoevaluării inițiale. în altă ordine de idei, dacă clientul ar continua totuși să-și apere

punctul de vedere, terapeutul ar trece de îndată la accentuarea faptului că, în condiţiile în care clientul îşi susţine în această măsură punctul de vedere, aceasta trebuie să fie consecinţa convingerii inconştiente, adânc înrădăcinate, că dispune de capacităţi cognitive deosebit de eficiente, ceea ce înseamnă că în adâncul sufletului realizează cât de valoroasa este ca persoană. Iar asta înseamnă că, în măsura în care va crede că a sosit momentul potrivii, va putea utiliza aceste capacităţi pentru a-şi crea o existenţă mai bună. Unii dintre caracteristicile fundamentale ale abordării ericksoniene constă în faptul că terapeutul creează o situaţie în care orice reacţie a clientului poate fi exploatată terapeutic.

Necesitatea dezvoltării nevoii de *mai multe informaţii şi alternative* derivă din acea predispoziţie a persoanelor depresive de a contabiliza drept consecinţe ale propriilor deficienţe toate eşecurile sau situaţiile dificile cu care se confruntă şi de a renunţa la mobilizarea în continuare a eforturilor. Soluţia pentru învingerea acestei atitudini constă în dezvoltarea acelei convingeri, potrivit căreia, eforturile persoanei pot fi încununate de succes în cazul în care se reuşeşte găsirea strategiei adecvate, deci că merită să se străduiască in continuare pentru găsirea soluţiilor, chiar şi atunci când acestea nu promit recompensa rezultatelor imediate.

Hipnoza poate fi unul dintre instrumentele cele mai eficiente ale integrării *feedback-\ix* lor Această funcţie a ei poate fi exploatată, cu precădere prin direcţionarea asociaţiilor interne ale clientului, datorită cărora se poate însuşi conştiinţa de sine adecvată şi se poate potenţa autoacceptarea.

Orientând atenţia clientului în egală măsură şi asupra evenimentelor din exterior. hipnoza se îngrijeşte şi de contrabalansarea acelei predispoziţii a persoanelor depresive de a se cufunda în propria lume interioară şi de a SC îndepărta de întâmplările care au loc în jurul lor. Dezvoltarea focalizării asupra exteriorului este capabilă de crearea uneia dintre condiţiile adaptării eficiente, identificabilă prin acumularea informaţiilor relevante din punctul de vedere al solicitărilor situaţionale. Hipnoza poate fi utilizată în dezvoltarea şi întărirea orientării către lumea externă, astfel încât ca poate fi indicată în toate acele situaţii care necesită, din partea persoanei, atenţie susţinută şi abilităţi mobilizate in slujba observaţiei eficiente. Nu este de neglijat nici efectul produs de însuşirea capacităţii de comutare a atenţiei, dinspre fenomenele interioare cu lentă negativă, înspre evenimentele exterioare, asupra localizării controlului de către persoană („locusului controlului").

încorporarea

Incorporarea este o secvenţă care urmează în mod logic celei de însuşire a noilor abilităţi şi optici. Scopul acesteia constă, în primul rând, în introducerea conţinuturilor proaspăt însuşite în repertoriul comportamental, emoţional, precum şi de relaţionare al persoanei. In cadrul acestei secvenţe, ne putem îngriji de asigurarea faptului că persoana aflată în posesia noilor abilităţi va putea face realmente faţă situaţiilor de viaţă, sprijinindu-se pe acestea. O altă sarcină importantă, de care trebuie să ţinem cont în cadrul secvenţei încorporării, este aceea de a sprijini recunoaşterea de către persoană a faptului că acele abilităţi pe care le-a însuşit de-a lungul procesului terapeutic îi oferă realmente oportunităţi semnificativ diferite, atunci când se confruntă cu acele evenimente şi situaţii care au jucat rolul factorilor precipitanţi în apariţia depresiei cu care se confruntă în prezent. In secvenţa încorporării, accentuăm, îi sugerăm persoanei că, prin simplul fapt că se raportează diferit Ia aceste situaţii, respectiv câ se foloseşte de noile sale posibilităţi şi

resurse care îi stau Ia dispoziție, rezultatul final al confruntării cu aceste situații va fi de asemenea semnificativ diferit.

Clarificarea limitelor generalizării (orientarea spre viitor)

în ultima secvență a tratamentului persoanei depresive, este importantă clarificarea limitelor în cadrul cărora cele însușite pe parcursul terapiei pot fi utilizate de către client, luând în considerare faptul că acele cunoștințe și abilități pe care le-a încorporat în repertoriul resurselor sale îi pot asigura o adaptare eficientă doar în cadrul acelor condiții concrete, cu care acesta se confruntă în perioada actuală. Dificultățile viitoare ar putea crea condiții cu totul noi, în cadrul cărora aceste modalități de raportare se pot dovedi la fel de ineficiente pe cât au fost cele vechi când au fost aplicate în situația actuală, sau chiar inadecvate din punctul de vedere al adaptării. Persoana trebuie încurajată în direcția dezvoltării acelei atitudini flexibile, cu ajutorul căreia să poală recunoaște solicitările cu care situațiile concrete de viață o confruntă și să-și poată modela răspunsurile, astfel încât ele să promită a fi în cea mai mare măsură cu putință, conforme solicitărilor în cauză. Este important să se accentueze deci că acele răspunsuri pe care persoana le-a deprins de-a lungul tratamentului nu sunt capabile să îndeplinească rolul cheii universale, în stare să deschidă orice broască. în loc ca persoana să recurgă din nou la încercări de a veni în întâmpinarea situațiilor noi, cu răspunsuri prefabricate, independent de măsura în care acestea s-au dovedit a fi utile în trecut, soluția constă în mobilizarea imediată a mijloacelor de rezolvare a problemelor pe care le are Ia dispoziție, debarasându-se astfel de stadiile inutile ale nesiguranței, autoacuzării, autoculpabilizării, a sentimentului neadecvării și a altor emoții negative dureroase.

în încheiere, terapeutul accentuează faptul că, în viitor, clientul poate fi capabil să înfăptuiască acest lucru singur sau cu ajutorul terapeutului. Această abordare oferă suficientă încurajare pentru client în momentul desprinderii de cadrul protector al relației terapeutice, dar în același timp nu exclude nici posibilitatea reîntoarcerii clientului, în condițiile în care confruntându-sc cu noi dificultăți ar resimți din nou nevoia sprijinului terapeutic.

De altfel, încheierea terapjei poale fi luată în calcul în condițiile în care clientul a demonstrat faptul că poate face față singur sau cu ajutorul unei minime îndrumări, acelor situații de viață cu care se confruntă în viața sa actuală. Este important ca terapia să nu se întindă fără temei, întrucât persoana care suferă de tulburări ale afectivității trebuie să îndure confruntarea cu stări dureroase, chinuitoare până în momentul vindecării sale din depresie, și orice întârziere a eliberării de depresie îi prelungește suferințele.

b. Hipnoterapia depresiei după Alladin

Intervenția propriu-zisă, propusă de Alladin (1994) se extinde pe parcursul a 12 ședințe terapeutice, cărora li se adaugă una sau mai multe ședințe de urmărire *(follow-up)*. în cele ce urmează prezentăm pe scurt conținutul acestor 12 ședințe.

Ședința 1: Evaluarea clinică

Sunt investigate, în cadrul acestei secvențe, aspecte care țin *de pattern-urile* funcționale și disfuncționale de gândire, emoționale, comportamentale sau fiziologice. Măsurătorile psihometrice, respectiv cele care vizează susceptibilitatea hipnotică își găsesc locul de asemenea în cadrul acestei ședințe. Atenția este îndreptată în egală măsură asupra

aspectelor globale, precum şi a celor specifice ale funcţionării personalităţii, pentru :. oferi ulterior, în diferite momente ale tratamentului, respectiv după încheierea acestuia. termene de comparaţie. Pentru cazurile în care clientul prezintă susceptibilitate hipnotici redusă, autorul recomandă substituirea intervenţiei hipnotice prin relaxare.

Şedinţa 2: **Primul** ajutor pentru depresie

Ideea acordării unei asistenţe de tipul primului ajutor provine din recunoaşterea faptului că eliberarea persoanelor copleşite de dispoziţia depresivă, de deznădejde şi de pesimism, de povara apăsătoare a acestor stări, chiar în condiţiile în care efectul este doar de moment, poate da speranţe, facilitând totodată dezvoltarea relaţiei terapeutice s: favorizând formularea unor expeclaţii pozitive faţă de tratament. Această intervenţie constituie, de fapt, o extindere a celei elaborate iniţial de Overlade. în varianta propusă de Alladin, acordarea primului ajutor se realizează în şapte treplc: (1) clientul este încurajat să-şi exprime (ventileze) emoţiile supărătoare ; (2) se oferă o explicaţie plauzibilă şi totodată acceptabilă pentru dezvoltarea şi menţinerea depresiei (autorul propune recursul la un model biologic - de exemplu ca reprezentând un *„reflex de pliere"* în faţa unor adversităţi ale vieţii - dar oricare alt model psihologic se poate dovedi la fel de eficient), cu scopul eliberării clientului de sentimentele de culpă, rezultate din faptul că ar fi deprimat, ca rezultat al propriei sale slăbiciuni sau „inepţii" ; (3) clientul este ajutat să modifice postura depresivă, rezultată din reacţia de pliere ; (4) clientul este încurajat să facă eforturi deliberate pentru a reuşi să zâmbească; (5) clientul este invitat să-şi imagineze o „mutră nostimă" ; (6) clientul este încurajai să deruleze în imaginaţie o *„viâeocasetă mentală fericită" ;* şi (7) clientul este condiţionat pentru un *cuvânt-stimul pozitiv,* la auzul sau evocarea căruia să-şi poată genera o stare emoţională agreabilă (sau măcar tolerabilă).

Şedinţele 3-4: Terapia cognitivă

Recursul la terapia cognitivă îşi fixează ca obiectiv identificare convingerilor disfuncţionale, examinarea acestora şi - dacă acest IUCTU este posibil - chiar corectarea lor. La baza includerii acestei secvenţe se află prezumţia că stările afective ar putea fi declanşate şi menţinute de cogniţiilc iraţionale a!c persoanei şi că, prin urmare, combaterea acestora ar putea exercita efecte benefice asupra tulburărilor de dispoziţie. Această intervenţie valorifică în primul rând tehnicile elaborate şi prezentate de Beck *et al.* (2000), dar nu exclude nici utilizarea unor elemente descrise de alţi exponenţi ai terapiilor cognitiv--comportameniale.

Şedinţa 5 : **Introducerea hipnozei**

In mod obişnuit, hipnoza este introdusă în cadrul acestei şedinţe, prin recursul la această intervenţie urmărindu-se următoarele obiective: inducerea relaxării, reducerea distragerii atenţiei, ameliorarea capacităţii de concentrare, facilitarea gândirii divergente, amplificarea trăirilor şi facilitarea accesului la procesele psihologice inconştiente. Autorul recomandă pentru inducerea transei hipnotice şi aprofundarea acesteia metoda numărării, propusă de Gibbons, dar eslc de la sine înţeles că oricare altă metodă suficient de simplă poate fi folosită sub o formă înregistrată pe o casetă audio. După ce s-a atins un nivel satisfăcător al profunzimii transei, sunt formulate sugestii care vizează întărirea eului. După cum am mai arătat, această primă şedinţă hipnotică este înregistrată, astfel încât

clientul să poată asigura cu ajutorul casetei continuitatea tratamentului și să poată învăța autohipnoza. Scopul ultim al acestui antrenament este familiarizarea clientului cu hipnoza, astfel încât să ajungă la stăpânire satisfăcătoare a metodei, pentru a o putea utiliza eficient în etapele ulterioare ale tratamentului.

Ședințele 6-8: Restructurarea cognitivă în hipnoză

Fiecare dintre cele trei ședințe de intervenție prin hipnoză din cadrul acestui grupaj de trei întrevederi își propune realizarea unor obiective parțiale, subordonate scopului general al restructurării cognitive.

Restructurarea cognitivă propriu-zisă - este efectuată după ce s-a indus o transă hipnotică suficient de profundă clientului. în această stare i se sugerează acestuia să-și imagineze o situație care in mod normal i-ar induce o dispoziție impregnată de tristețe și să se concentreze asupra cogniților disfuncționale, respectiv a reacțiilor emoționale, fiziologice și comportamentale care sunt asociate acestor gânduri. Ceea ce se urmărește practic în această etapă este identificare structurilor de tip ABC descrise de Ellis. Conform teoriei expusă de Ellis și Dryden (1998), din confruntarea unor evenimente activatoare *(activating evetits* = A) cu convingerile relavante ale persoanei *(beliefs* = B) rezultă o serie de consecințe *{consequences* — C) de ordin emoțional, fiziologic și comportamental. în cazul în care un anumit eveniment este filtrat prin convingeri iraționale îmbrățișate de către persoană (iB), consecințele rezultate vor fi și ele - în mod firesc - iraționale (iC). Depresia este considerată de către Ellis una dintre formele posibile care pot fi îmbrăcate de aceste convingeri iraționale. Așa-numita „terapie comportamentală rațional-emoțională", elaborată de către Ellis, își propune să trateze persoanele care se confruntă cu depresia, tocmai prin identificarea și combaterea acestor convingeri iraționale care se află la baza tulburărilor dispoziției.

în vederea identificării convingerilor iraționale implicate in geneza depresiei acuzate de către client, acesta este invitat să evoce situația generatoare de dispoziție proastă, secvență cu secvență, asemeni clișeelor unui film și să-și analizeze gândurile, convingerile, imaginile și fanteziile legate de aceste secvențe „înghețate". O dală ce aceste cogniții eronate au fost descoperite, sarcina clientului este de a le înlocui cu judecăți sau imagini mai adecvate și de a urmări răspunsul rezultat. Procesul este continuat până când clientul poate restructura cu siguranță setul de cogniții eronate legat de un eveniment sau de o situație particulară.

Lărgirea câmpului conștientei și amplificarea trăirilor - este vizată practic de oricare formă a tratamentului hipnotic. Noutatea abordări propuse de Alladin constă în faptul că autorul propune - pe baza observației lui Tost și Baisden - conceptualizarea experiențelor umane, nu doar pe axa conștient-inconștient, ci luând în considerație și axa temporală, intr-un cadru prezentat în figura 3. Prin urmare, reacțiile emoționale și comportamentale pot constitui răspunsuri nu doar la situații și evenimente actuale, a căror interpretare este conștientizată sau nu, ci și la întâmplări din trecut sau care sunt anticipate. Practic, acest lucru înseamnă că oricare secvență ABC poate fi plasată undeva în cadrul câmpurilor delimitate de sistemul de axe prezentat în figura 3. Deci o reacție cu tentă depresivă poate avea la origine confruntarea cu un eveniment din trecut sau din viitor, impactul cognitiv, afectiv, comportamental, respectiv fiziologic al acestuia putând fi conștientizat intru totul sau doar parțial. Una dintre consecințele acestei amplasări a răspunsului persoanei pe axa care reprezintă gradul conștientizării constă în recunoașterea faptului că

unele procese cognitive disfuncţionale, care contribuie la geneza şi la menţinerea depresiei. se situează sub pragul conştientei şi, din această cauză, clientul prezintă dificultăţi în a le identifica. Această poziţie exprimată de Alladin este în acord deplin cu cea îmbrăţişată şi de către reprezentanţi contemporani ai terapiilor cognitive şi cognitiv-comportamentale. care recunosc implicarea proceselor cognitive implicite - şi chiar aportul superior al acestora - în geneza problemelor emoţionale (Lcahy, 1997 ; Dowd, 1997).

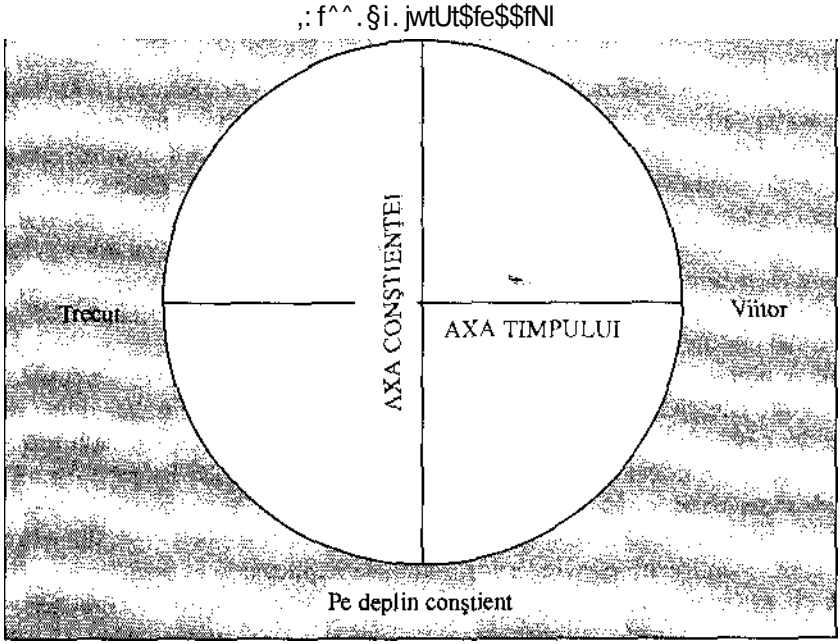


Figura 3. *Raportul dintre dimensiunile conştientei şi timpului*
(Alladin, 1994, p. 37)

în acest context, hipnoza reprezintă un vehicul adecvat pentru abordarea cogniţiilor care, în mod obişnuit, nu depăşesc pragul conştientei, indiferent de localizarea temporală a evenimentelor de care se leagă.

Construirea circuitelor antidepresive - este un demers menit să contracareze efectul produs de dezvoltarea circuitelor depresive. Acestea din urmă sunt elaborate ca o consecinţă a focusării negative, şi ideea care stă la baza acestui exerciţiu este că putem să ne folosim de acest mecanism, invitând clientul să se concentreze asupra unor imagini pozitive, a căror capacitate de a induce stări emoţionale pozitive a fost amplu documentată în literatura de specialitate. în vederea realizării acestui obiectiv, este de maximă importantă identificarea unor imagini sau scene pe care clientul le poate aprecia ca fiind în egală măsură pozitive şi realiste. Sugerarea unor reverii pe care clientul le-ar putea aprecia ca făcând parte din domeniul irealizabilului sau al visului rupt de realitate, n-ar avea decât darul de a accentua în şi mai mare măsură trăirile negative ale persoanei. amplificând sentimentul deznădejdii. Ideal este ca imaginile utilizate să fie cele descoperite chiar de către client. Evocarea sau reprezentarea mentală a acestor imagini, însoţită de

trăirea cât mai deplină a emoțiilor ce i se asociază, este completată de sugestii post-hipnotice care se referă la *^focusarea pozitivă"* sau, ori de câte ori acest lucru este posibil, la derularea acelei *„videocaxele mentale fericite",* de care am pomenit deja cu ocazia prezentării *„primului ajutor pentru depresie".*

Ședința 9: Comutarea atenției și inducerea dispoziției emoționale pozitive

Sensul acestei intervenții este dat de predispoziția persoanelor depresive de a rumega - nu rareori chiar cu o tentă obsesivă - gândurile negative sau imaginile ce reprezintă scene de-a dreptul catastrofale pentru „beneficiar". Aceste imersiuni nesfârșite în negativ joacă un rol de importanță majoră în ancorarea în „sentimentele albastre", reprezentând unul dintre impedimentele cele mai greu de depășit în tratamentul persoanelor cu depresie. Recunoașterea acestui lucru justifică pe deplin eforturile mobilizate în vederea sistării frământărilor cu conținut negativ.

In vederea întreruperii ciclului ruminativ negativ, clientul este antrenat sa-și poată comuta atenta dinspre cognițiile negative, în direcția unor trăiri pozitive. Prima sarcină a clientului angrenat în realizarea acestui obiectiv constă în întocmirea unei liste ce cuprinde un număr de 10-15 evenimente plăcute din propria viață și să practice focalizarea atenției aproximativ câte 30 de secunde asupra fiecăreia dintre aceste întâmplări. în continuare, clientul este încurajat (1) să practice evocarea evenimentelor de pe listă - în condițiile specificate anterior - de 4-5 ori în fiecare zi și (2) să comute de pe gândurile negative sau neplăcute, ori de câte ori constată că atenția îi este monopolizată de acestea, pe unul dintre itemii pozitivi aflați pe lista pe care a întocmit-o. Atunci când îi sugerăm clientului acest lucru, accentuăm faptul că, prin comutarea atenției, cognițiile negative sunt înlăturate din sfera preocupărilor sale și înlocuite cu cele legate de evenimentele a căror evocare este în măsură să genereze trăiri mult mai plăcute. Această tehnică a comutării este înrudită cu cea utilizată în NLP, constituindu-se într-o altă modalitate de dezactivare a „circuitelor depresive" și de întărire a celor „fericite". Avem de a face, în fapt, cu o intervenție care vizează practic anularea efectelor autohipnozei negative (depresogene), prin recursul la autohipnoza pozitivă.

Ședința 10: Antrenamentul activ-interactiv

Această secvență a terapiei este orientată înspre dislocarea „deprinderilor disociative", respectiv înlocuirea acestora cu atitudini de „asociere" cu mediul relevant pentru persoană. Alladin definește prin *„disocierepasivă"* acea raportare tipică a persoanelor afectate de depresie - asemănătoare de altfel cu cea întâlnită și la nevrotici - prin care acestea își reduc la minimumul necesar interacțiunile cu mediul exterior, dar și cu cel interior. Consecința disocierii pasive o reprezintă tendința unei ancorări stabile în ..realitatea interioară", reprezentată de schemele negative și de sentimentele sincretice asociate. Tocmai datorită disocierii poate rămâne persoana depresivă impenetrabilă față de acele informații - fie ele din exterior sau din interior - care i-ar putea invalida prezumțiile disfuncjionalc. Obiectivul terapeutic constă în substituirea acestei atitudini cu una care poate fi caracterizată ca *„interacțiune activă"* cu informațiile relevante din mediul intern și extern, ceea ce implică receptivitate optimă față de stimuli și capacitatea de a fi racordat la „realitatea conceptuală", adică aceea care prinde contur nu din schemele distorsionate, ci pe baza datelor furnizate neîntrerupt de interacțiunea cu mediul interior și cel exterior. Disocierea pasivă inhibă procesele care ar permite o confruntare

cu *proba realității (reality (esting),* în timp ce interacțiunea activă favorizează corectare.. neîntreruptă a imaginii pe care o formăm despre lume și noi înșine.

Măsurile care vizează prevenirea sau diminuarea disocierii pasive includ următoarele (I) conștientizarea funcționării acestui mecanism; (2) mobilizarea activă în vedere;. inhibării fenomenului, prin comutarea atenției alocată cogniților negative (așa-numiteie *„ancore negative")* ; și (3) îndreptarea activă a atenției asupra elementelor relevante a!^ realității conceptuale. Demersurile pot fi definite și ca un proces de angajare activă ^ emisferului stâng, impunând persoanei sa gândească analitic, logic, realist și sintactic

Ședința 11: Antrenamentul abilităților sociale

Implicarea unui deficit al abilităților sociale în dezvoltarea și menținerea depresiei a fost susținută în primul rând de Lewinsohn și colaboratorii săi, încă de la începutu! anilor '70. Mai recent, Joiner (1997) și-a propus verificarea ipotezei conform căreia timiditatea ar constitui un factor generator de vulnerabilitate față de depresie în absența suportului social. In conformitate cu aceeași ipoteză, singurătatea ar media relația dintre timiditate și accentuarea depresiei. Studiul efectuat de Joiner confirmă această ipoteză S-a demonstrat, totodată, că efectul este specific siitiptomelor depresive, deci nu se face simțit în cazul afectelor negative în general. Actualitatea tezei ce afirmă contribuția deficitului interpcrsonal la geneza depresiei este ilustrată și de relativ recenta lucrare a lui Dill și Anderson (1999). Autorii citați prezintă depresia ca fiind un important mediator interpersonal între factorii cauzali și depresie. Mulți dintre factorii de risc intcrpersonali, ca de exemplu reducerea la tăcere, subordonarea involuntară, timiditatea. precum și absența schemei de relație, ar putea contribui la dezvoltarea singurătății, care la rândul ei ar atrage după sine creșterea vulnerabilității față de depresie. Astfel. singurătatea ar funcționa ca mediator între toți acești factori de risc și simptomele depresive. Chiar dacă ipoteza emisă inițial de către Lewinsohn și colaboratorii a stârnit multe controverse - de exemplu este dificil să se demonstreze că deficitul abilităților sociale cauzează, într-adevăr, depresia și nu este doar un grup de simptome asociat acesteia - corelația puternic semnificativă dintre cele două variabile este atestată de un număr impresionant de cercetări empirice. Williams (1992, p. 19) sumarizeaza rezultatele mai multor studii efectuate în accsl domeniu, concluzionând următoarele:

- persoanele depresive alienează interlocutorii cu care inleracționează;
- respingerea generată este mai puternică în cazul interacțiunii cu persoane de sex opus;
- cel puțin o parte a acestui efect ar putea fi mediată prin emoțiile negative induse în interlocutor;
- aparent, elementele generatoare de tulburări emoționale și alienare la interlocutor ar fi menționarea unor probleme personale în contextul blamării propriei persoane și a deznădejdii.

Prin prisma constatărilor de mai sus, credem că eforturile depuse în vederea ameliorării abilităților de relaționare ale persoanelor afectate de depresie sunt pe deplin justificate, cel puțin în cazul acelor clienți, care în mod evident se confruntă cu dificultăți de integrare în relațiile interpersonale sau care sunt lipsiți de suportul social atât de necesar, mai ales în acele perioade ale existenței umane, care favorizează dezvoltarea stărilor de criză și a depresiei. Atragem însă atenția asupra faptului - sesizat de altfel

imr-o paranteză chiar de către Alladin - că este foarte probabil ca o singură ședință dedicată dezvoltării acestor abilități să se dovedească insuficientă, în aceste cazuri impunându-se alocarea unui timp mai consistent pentru realizarea acestui obiectiv terapeutic sau chiar includerea clientului într-un program structural de antrenament al abilităților sociale și/sau de comunicare. O altă soluție - propusă de autor - ar consta în recomandarea unor surse bibliografice, pe baza cărora clientul să-și poată dezvolta de unul singur deprinderile sociale. în ceea ce ne privește, suntem relativ sceptici în ceea ce privește sorții de izbândă ai unui astfel de demers în cazul persoanelor afectate de depresie, justificat doar de încadrarea cu orice preț în limita celor 12 ședințe prestabilite, chiar cu prețul nerezolvării uncia dintre cele mai importante probleme ale clientului. Credem, mai degrabă, că unica soluție cu adevărat viabilă - și deci terapeutică - constă, in aceste cazuri, in alocarea unui număr suplimentar de ședințe, până la atingerea unui nivel satisfăcător al abilităților în cauză.

Ședința 12 : **Vizualizarea scopului ideal și antrenamentul pentru confruntarea cu realitatea**

Constituie în mod efectiv ultima secvență a programului hipnoterapeutic propus de Alladin, care urmărește în egala măsură ameliorarea stimei de sine a clientului, întărirea achizițiilor terapeutice și motivarea clientului pentru transferul acestor achiziții în viața sa de zi cu zi. In acest scop, clientul este invitat să-și imagineze obiective atrăgătoare, dar în același timp realiste, să se reprezinte recurgând la strategii adecvate și angrenându-se în acțiuni concrete pentru realizarea acestora. Această proiecție în viitor cu repetiție se realizează cu maximum de eficiență în cadrul unei transe ușoare.

Ședințele de urmărire

Sunt menite să asiste clientul, atât în eforturile depuse pentru rezolvarea problemelor într-un context extraterapeutic, cât și în cele necesare pentru desprinderea treptată de mediul protector oferit de relația terapeutică. Obiectul acestor ședințe, dintre care cea dintâi este fixată de regulă la* lună (sau la trei luni) după ultima ședință terapeutică, îl constituie discutarea progreselor înregistrate de client, întărirea acestora, analizarea dificultăților întâmpinate și examinarea posibilelor soluții pentru surmontarea acestora, respectiv - poate cel mai important dintre obiectivele propuse - întărirea sentimentului de competență al persoanei.

Autorul subliniază faptul că, deși programul este proiectat pentru 12 ședințe, în cazurile în care clientul își exprimă preferința - sau nevoia - de a beneficia de un număr fie mai mic, fie mai mare de întâlniri, este recomandabil ca terapeutul să țină seama de aceste doleanțe și să-și modifice planul terapeutic pentru a se putea conforma.

Concluzii

în tabelul 3 prezentăm câteva dintre cele mai recente rezultate înregistrate în domeniul tratamentului hipnoterapeutic al depresiei.

O primă observație în acest sens ar fi aceea că, după cum se poate remarca și din acest tabel, numărul studiilor clinice efectuate în domeniul hipnoterapiei depresiei este semnificativ mai redus decât al celor dedicate tratamentului prin hipnoză al anxietății sau al durerii.

în al doilea rând, deşi rezultatele publicate sunt în general pozitive, studiile care le-au produs pot fi contestate pe considerente de ordin metodologic, ceea ce limitează semnificativ generalizam'litatea lor. Astfel, adoptând o poziţie pertinentă, putem aprecia mai degrabă ca promiţătoare - fn special prin prisma datelor furnizate de experienţa clinică - posibilitatea abordării hipnoterapeutice a depresiei.

în condiţiile date, hipnoterapia stărilor distimice se poate argumenta în primul rând prin eficienţa demonstrată în domeniul tratamentului depresiei de către terapiile cognitiv--comportamentale, de care cel mai frecvent se asociază. în acest sens, este semnificativ faptul că, în majoritatea studiilor, terapiile cognitiv-comportamentale s-au dovedit a fi cel puţin egale - dacă nu chiar superioare - medicaţiei antidepresive (Hirshfeld şi Shea, 2000). Rămâne în continuare de demonstrat plusul de eficienţă asigurat prin adăugarea hipnozei la terapia cognitiv-comportamentalâ propriu-zisâ a persoanei depresive. Rezultatele lui McMaster (1996), respectiv Besteiro şi Garcia (2000) sunt încurajatoare în acest sens.

în încheiere, am dori să menţionăm o recomandare formulată de Spiegel şi colab. (2000) care atrag atenţia asupra faptului că este recomandabil ca hipnoterapia persoanelor depresive sa fie rezervată unor clinicieni cu experienţă, atât în domeniul terapiei, în general, cât şi al hipnozei, în particular. Autorii îşi motivează avertismentul prin faptul că intensificarea dispoziţiei emoţionale negative, generată de intervenţia hipnotică, poate creşte în aşa măsură potenţialul suicidar al acestor clienţi, încât să-şi pună în practică înclinaţia. Un alt aspect care trebuie avut în vedere este acela că, în tratamentul persoanelor depresive se impune acordarea unei atenţii sporite modului în care clienţii în cauză prelucrează dificultăţile cu care inevitabil anumite sarcini hipnoterapeutice îi confruntă. Doar astfel se poate evita ca aceste nereuşite, practic nesemnificative, să constituie materia primă pentru întărirea sentimentelor de neputinţă şi de pierdere a speranţelor.

3. Antrenamentul hipnotic al sistemului imunitar (SI)*

Unul dintre cele mai promiţătoare domenii de aplicare a hipnozei clinice in slujba unor scopuri terapeutice şi/sau profilactice, îi reprezintă intervenţiile care vizează antrenamentul sistemului imunitar (SI). Deşi acest domeniu de aplicaţii prezintă o vechime de abia două decenii, el este în măsură să faciliteze înţelegerea multora dintre mecanismele activate de unele practici medicale a căror istorie se poate calcula în mii de ani. Cercetările şi practica clinică desfăşurate în acest domeniu elucidează, totodată, natura multora dintre relaţiile intuite de către teoreticienii medicinii psihosomatice.

Emoţiile - în special acelea care, asemeni anxietăţii şi depresiei, se leagă de reacţia de stres - joacă un rol critic în reglarea echilibrului funcţiilor imunitare. Se cunoaşte acum că pesimismul, depresia, respectiv stresul provenit din confruntarea cu evenimente majore sau în egală măsură cu cele cotidiene, se asociază frecvent cu o activitate imunitară mai scăzută (Sarafino, 1992). Cercetările care vizează mecanismele ce mediază aceste influenţe aparţin obiectului noului domeniu interdisciplinar al psihoneuroimunologiei (PNI).

Coautor: Krisztina Gabriella Szabo.

Aceasta s-a dezvoltat în preajma anilor '80, o dată cu surprinzătoarea descoperire a faptului că sistemul imuni tar (SI) şi creierul comunică prin intermediul unui limbaj biochimic comun (Blalock, 1994),

O serie de date au relevat faptul că influenţa factorilor psihici asupra SI se produce prin intermediul axului pituitar-suprarenalian (Maier şi colab., 1994). Competenţa imuni tară este puternic influenţată de tendinţa dominantă a profilului hormonal al individului. Anumite variabile psihice ca stările prelungite de stres, sentimentele de neajutorare *(helplessness),* de deznădejde *(hopelessness),* respectiv trăirea doliului par să influenţeze negativ imunitatea prin intermediul acelor hormoni care sunt legaţi de aceşti factori psihici. Spre exemplu, se presupune că în mod special cortizolul influenţează maturarea şi activitatea limfocitelor T, respectiv a celulelor NK (Nichols, 1993). Konfrol şi colab. (1987), bunăoară, constată că pacienţii depresivi prezintă într-o proporţie de 40-50% o secreţie semnificativ crescută de cortizol (în medie dublă faţă de valorile normale). în acelaşi timp, autorii au găsit în cazul subiecţilor cu depresie acută, netrataţi medicamentos, o Teacţie de proliferare limfocitară la stimulare mitogenica semnificativ scăzută, precum şi o activitate mai redusă a celulelor NK (Lâzâr, 1991).

Până nu demult s-a considerat că mecanismele ce implică axa hipotalamus-hipofiză (glandă pituitară)-suprarenală ar constitui principalele căi prin intermediul cărora reacţia de stres poate influenţa imunitatea (Blalock, 1994). în prezent însă se presupune că există o relaţie mult mai directă între psihic, sistemul nervos central (SNC) şi respectiv SI. Pe de o parte, se cunosc acuin o serie de alţi hormoni implicaţi în reacţia de stres, care pot afecta negativ imunitatea. Pe de altă parte, o serie de cercetări recente, soldate cu descoperirea unor terminaţii nervoase în timus, ficat, respectiv în ganglionii limfatici sugerează posibilitatea reglajului direct exercitat de SNC asupra SI. De asemenea, s-a evidenţiat implicarea unei vaste reţele de neuropeptide, incluzând şi endorfinele, în comunicarea psihoneuroimunitară. Descoperirea tot de dată recentă a receptorilor specifici pentru anumiţi neurotransmiţători circulanţi pe suprafaţa leucocitelor susţine şi ea ipoieza Că aceste celule sunt capabile să recepţioneze şi să răspundă mesajelor SNC (Carson şi Butcher, 1992^

Un prim domeniu de aplicare a rezultatelor PNI îl reprezintă tratamentul bolnavilor de cancer. Cu toate că rolul SI în cancer rămâne încă un subiect controversat (Bovbjerg, 1990), există evidenţe care susţin implicarea mecanismelor miunitare în carcinogeneză, respectiv în evoluţia bolii. Cele mai multe studii şi-au îndreptai atenţia asupra rolului aşa-numitelor „celule ucigaşe" *(natural killer)* (NK) în cancer. Din categoria experimentelor care au demonstrat efectele antitumorale ale celulelor NK menţionăm pe cele ale lui Herbermaneî *al.* (1981) (citat de De Vries, 1997), Levy (1982, 1985, 1987) (citat de Holland, 1990), Ben-Eliyahu *et al.* (1991), respectiv Bonneau *et al.* (1991) (citat de Maier *et al.,* 1994).

PNI a deschis astfel o nouă perspectivă abordării influenţei factorilor psihosociali asupra carcinogenezei, respectiv asupra evoluţiei bolii, prin prisma căreia SI este considerat o verigă ce intermediază efectele variabilelor psihice şi sociale asupra organismului. Elucidarea mecanismelor complexe prin intermediul cărora se realizează această comunicare bidirecţională între psihic, SNC şi imunitate rămâne în sarcina viitorului, PNI reprezentând un domeniu promiţător, care prin achiziţiile sale a trezit noi speranţe privind înţelegerea şi influenţarea acelor condiţii, care determină organismul să cedeze sau nu în faţa cancerului.

Efecte ale, unor intervenţii psihoterapeutice asupra SI

Cu toate că practica terapeutică a evidenţiat rezultate semnificative în privinţa influenţei pozitive a unor metode psihoterapeutice asupra *SI* şi implicit asupra evoluţiei bolnavilor (de exemplu, Simonton *et al-,* 1990), există relativ puţine studii riguroase în acest domeniu.

Un prim studiu de referinţă este cel al lui Kiecolt-Glaser *et al.* (1985) care au demonstrat posibilitatea stimulării unor parametri im unitari prin relaxare şi imagerie (vizualizare). Autorii au lucrat cu trei grupe de vârstnici având o etate medie de 75 de ani, cu autonomia păstrată şi cu o adaptare satisfăcătoare la condiţiile de viaţă. Subiecţii primului grup au beneficiat de şedinţe de relaxare şi imagerie de câte 45 minute, de trei ori pe săptămână, timp de o lună: subiecţii celui de-al doilea grup primeau vizita unui student (care „dorea să înveţe din experienţa vârstnicilor"), timp de o lună, de trei ori pe săptămână, câte 45 minute (pentru urmărirea efectului contactului social), iar în cazul celui de-al treilea grup nu s-a intervenit în nici un fel (grupul de control). S-au comparat valorile unor parametri imunitari la diferite date: înaintea experimentului, imediat după încheierea experimentului, respectiv la o lună după aceasta. Rezultatele au arătat intensificarea semnificativă a activităţii celulelor NK, precum şi scăderea semnificativă a litrului de anticorpi faţă de virusul herpetic la subiecţii din grupul cu relaxare şi imagerie, imediat post-experiment. în acelaşi timp, evaluările efectuate la o lună după încheierea experimentului au arătat revenirea parametrilor imunitari la valorile iniţiale (pre-experiment), astfel încât autorii au conchis că menţinerea imunostimulării implică necesitatea practicării continue a exerciţiilor de relaxare şi vizualizare (Bayes, 1988). într-o cercetare efectuată mai recent de Kiecolt-Glaser *el al.* (2001), 33 studenţi medicinişti au fost selecţionaţi pe baza susceptibilităţii hipnotice crescute. Jumătate dintre aceştia au participat la un program de antrenament prin relaxare hipnotică. Participanţii ia grupul de hipnoză au prezentat o deteriorare semnificativ scăzută a parametrilor imunologici, într-o perioadă stresantă (cu trei zile înaintea unui examen), în comparaţie cu membrii grupului de control.

Pennebaker *et al.* (1988) au demonstrat rolul proiectiv al relaţiilor interpersonale suporţivc faţă de influenţele negative ale stresului asupra SI. Autorii au pornit de la premisa că elementul esenţial ai unei relaţii suportive îl constituie posibilitatea împărtăşirii tară rezerve a sentimentelor *{self-disclosure).* Membrii grupului experimental au fost invitaţi sâ-şi descrie (în scris) trăirile $i sentimentele legate de una sau mai multe situaţii traumatizante, timp de 20 minute pe zi, 4 zile succesive, în timp ce membrii grupului de control au primit instrucţiunea de a scrie despre evenimente banale, neutre din punct de vedere emoţional. Rezultatele au relevat o reactivitate limfocitară la stimularea mitogenicâ semnificativ superioară în cazul grupului experimental. De asemeni, membrii grupului experimental au solicitat consult medical pentru diverse probleme de sănătate cu o frecvenţă lunară medie semnificativ mai redusă faţă de media grupului de control, ulterior acestui experiment (Kulcsâr, 1993). Date convergente au fost evidenţiate şi de Murray *et al.* (1989) (Kiecolt-Glaser, 1992).

Fawzy *et al.* (1990. 1993) au demonstrat intensificarea activităţii celulelor NK la acei pacienţi neoplazici care au beneficiat şi de psihoterapie de grup, faţă de pacienţii grupului de control, care au urmat doar tratamentul medical obişnuit. Autorii au atras atenţia asupra faptului că intensificarea activităţii celulelor NK a corelat cu ameliorarea simptomelor depresive şi anxioase (Mcrmeistein *et al.,* 1992).

într-un studiu mai recent, riguros controlat, Walker *ei al.* (1997) prezintă efectele relaxării și imageriei dirijate asupra SI, în cazul unui lot de paciente cu cancer mamar avansat. Tratamentul medical a fost identic pentru toți subiecții și a constat în 6 cicluri de chimioterapie, la intervale de câte 3 săptămâni, urmată de intervenția chirurgicală (radicală sau conservatoare) și radioterapie. Valorile parametrilor imunitari au fost evaluate după cum urmează: pre-terapeutic, înaintea primului, celui de-al doilea, al patrulea, al șaselea tratament chimioterapie, pre- și post-operator și la patru, respectiv 12 săptămâni post-radioterapie. Parametrii imunitari urmăriți au fost: activitatea celulelor NK și LAK (celule Killer activate de limfokine), interleukinele 1,2,4,6, TNF-a (factorul de necroză (umorală -a), producția de interferon gamma și profilele CD.

Pacientele au fost rugate să practice relaxarea și imageria cel puțin o dată pe zi, în timpul chimioterapiei și să noteze detaliat experiențele lor legate de aceste exerciții. Pacientele din grupul de control au beneficiat de un nivel ridicat al suportului social, inclusiv din partea personalului medical al instituției.

La evaluarea finală (12 săptămâni după radioterapie) pacientele din lotul experimental au prezentat o activitate crescută a celulelor LAK, față de cele din grupul de control. Cu toate că la această data nu s-au relevat diferențe semnificative ale activității celulelor NK între cele două grupe, în cadrul grupului experimental frecvența practicării relaxării și calitatea imageriei (apreciată de către paciente) a corelat semnificativ cu activitatea celulelor NK (coeficienții parțiali de corelație fiind .365 și respectiv .521, la $p < .05$). în plus, in cazul pacientelor care au practicat aceste exerciții de cel puțin două ori pe zi în perioadele de chimioterapie, s-a evidențiat o activitate mai intensă a celulelor NK în acea perioadă (în ciuda bine cunoscutelor efecte imunosupresive ale citostaticelor). Repetatele evaluări ANOVA și ANCOVA au arătat că pacientele din grupul experimental au prezentat un număr mai mare de CD25 (limfocite T activate), atât în număr absolut cât și în procente ; de asemenea, tot la aceste bolnave s-a evidențiat și un procent mai ridicat de CD2 (respectiv valori mai reduse ale TNF-a circulant (Walker și colab., 1997).

Ilustrând un alt domeniu de aplicabilitate a PNI, studiul lui Gill (2001) a avut ca obiect efectul unui tratament ce a constat în audierea zilnică a unor casete ce conțineau intervenții hipnotice de orientare ericksoniană, de către subiecți seropozitivi HIV. Casetele conțineau sugestii directe și indirecte pentru eliberarea de stres, metafore ale vindecării, intervenții care vizau mobilizarea *copiiig-u\ui* activ și a resurselor personale pentru confruntarea cu provocările cotidiene. Cei 40 de subiecți seropozitivi, aflați în evidența unui centru de boli infecțioase, au fost împărțiți aleator în două grupuri, cei din „grupul de intervenJie" beneficiind de tratamentul descris, iar cei din „grupul de control" participând doar la investigații. Subiecții, care raportau audierea frecventă a casetelor, au prezentat o scădere a titrului antiviral, în comparație cu grupul de control, în timp ce la acei membri ai grupului de intervenție, care nu audiau decât rareori casetele, s-au înregistrat valori crescute. în concluzie, se poate afirma că intervenția hipnotică poate fi eficientă doar în cazul subiecților motivați puternic pentru vindecare, în timp ce lipsa de angajament în propriul tratament antrenează consecințe negative.

Trecând în revistă rezultatele a 85 de studii dedicate eficienței intervențiilor psihologice asupra sistemului imunitar, Miller și Cohen (2001) identifică doar dovezi modeste care să ateste efectul acestor eforturi. Totuși, rezultatele cele mai consistente sunt cele înregistrate de recursul la hipnoză, respectiv la tehnici de condiționare. Olness (1999), apreciază la rândul ei, că hipnoza ar putea deveni un imunomodulator voluntar important, dar consideră în același timp, că este nevoie de o susținere empirică mai solidă a acestei speranțe.

Antrenamentul sistemului imunitar

Respectând buna tradiție a programelor de modificare cognitiv-comportamentală, cele destinate antrenamentului sistemului imunitar, rulate în contextul unei terapii individuale sau în cel al activităților de grup, accentuează importanta facilitării accesului participanților la informațiile științifice relevante. In acest context, clientul este informat asupra importanței și funcțiilor sistemului imunitar, a rolului stresului și a stărilor emoționale în modularea răspunsului imunitar, respectiv a imaginației dirijate în fortificarea acestui mecanism natural de apărare al organismului în fața diferiților agenți patogeni. Sunt folosite în vederea realizării acestor obiective toate canalele posibile: expuneri, lecturi, casete audio și video. în această fază este importantă monitorizarea modului în care informațiile recepționate sunt prelucrate de către participanți. Impactul acestor informații este amplificat de exemple concrete, luate din practica clinică a terapeutului, din care participanții pot afla despre rezultatele înregistrate de alte persoane prin recursul la metoda pe care urmează să o însușească.

Havens și Walters (1989) au elaborat o metaforă pentqj întărirea răspunsului sistemului imunitar la infecții, intitulată *„Temutele protectoare".* Apreciem ca utilă prezentarea acestei metafore ca primă secvență a antrenamentului hipnoterapeutic propriu-zis al sistemului imunitar, ea putând fi urmată de exercițiile de imagerie țintite, care vizează distrugerea și înlăturarea din organism a celulelor bolnave.

„Există un copac în Africa cure se află într-o relație deosebită cu o specie anume de termite. Termitele își consumă întreaga existență trăind pe acest copac. își construiesc cuibul din frunzele sale, beau doar din seva pe care o produce și o secretă copacul și nu mănâncă decât micile boabe (fructe) ce cresc pe copac. Ele nu părăsesc niciodată copacul pentru că el produce și le oferă tot ceea ce le este necesar.

Și această termită este singura insectă care trăiește pe acest copac. Ori de câte ori o altă insectă încearcă să se târască pe copac sau să aterizeze pe frunzele lui, sentinelele termitelor declanșează alarma și toate termitele se adună in fugă. Ele atacă invadatorii și fie îi alungă, fie îi distrug și astfel ele apără copacul de orice intruși care l-ar putea ataca sau chiar distruge. Ele salvează copacul și copacul, la rândul lui, ie salvează.

Există numeroase alte exemple în lumea largă, în care ființe minuscule le protejează pe cele mari de invadatorii periculoși. Și, în fiecare din cazuri, ele par a fi deosebit de atente la tot ceea ce ar putea fi dăunător, așa că ele sesizează de îndată ce se ivește ceva periculos și știu de îndată unde se ivește neregula și știu și care este problema, astfel încât pot face ceva pentru a o elimina sau a o rezolva, exact așa cum omul care sesizează o jenă în picior și se concentrează asupra ei va putea găsi explicația și va scăpa de pietricica din pantof și atâta timp cât nimic nu împiedică acest lucru, omul va urmări îndeaproape cum reacționează organismul și va amplifica această reacție, așa cum amplifică zgomotul motorului pentru a auzi unde s-a produs dereglajul și va lăsa organismul să se îngrijească de sine cu aceeași preocupare responsabilă (binefăcătoare) cu care termitele acelea au grijă de copac, ca de la sine și fără încetare sărind să întreprindă cele necesare pentru a proteja și a vindeca" **(după** Havens și Walters, 1989, p. 132).

Următorul exercițiu, recomandat de Simonton *el al.* (1980), este probabil cel mai cunoscut, în domeniul influențării eficienței sistemului imunitar, datorită rezultatelor spectaculoase obținute de autorii săi în cadrul unei clinici de oncologie din Statele Unite. In conceperea acestor exerciții, oncologul Cari O. Simonton și psihoterapeutul Stephanie Matthews-Simonlon au pornit de la observarea acelor bolnavi neoplazici, aflați în stadiul

terminal, care depășeau cu mult durata de viața prognosticată de către medicii lor curanți. Astfel, cercetătorii au reușit să evidențieze în cazul acestor bolnavi, pe de o parte, existența unui motiv extrem de puternic pentru a trăi, iar pe de alta, reprezentarea imaginativă a bătăliei pe care o purtau cu boala care le periclita existența. Din aceste observații, s-a născut ideea de a-i selecționa pe acei bolnavi de cancer, care erau suficient de motivați pentru a se angaja eficient în tratament și de elabora pentru uzul lor un program psihologic care combină relaxarea musculară progresivă cu exercițiile de imagerie mentală, în cadrul cărora își pot reprezenta distrugerea celulelor bolnave (canceroase) de către limfocite. Programul conceput de autori - lucru extrem de important - nu ca o alternativă la tratamentele tradiționale, ci ca o intervenție psihologică menită să potențeze efectul chemo- și radioterapiei, respectiv a intervențiilor chirurgicale, prin întărirea sistemului imunitar, a permis obținerea unor rezultate spectaculoase. Astfel, s-a estimat că rata de supraviețuire a bolnavilor tratați în clinica soților Simonton era de două ori mai marc decât cea prezentată de pacienții internați în cele mai apreciate servicii de oncologie din Statele Unite, respectiv de trei ori mai mare decât media națională (desigur, lot americană).

Vă prezentăm în continuare exercițiul propus de autorii metodei, așa cum este descris în cartea *Getting WellAgain*. Se recomandă practicarea exercițiilor zilnic, de trei ori, în condițiile înregistrării prealabile a textului pe o casetă audio.

„Alege pentru acest exercițiu o încăpere liniștită, iluminată plăcut. închide ușa și instalează-te confortabil într-un fotoliu/pe un scaun. După ce ai găsit poziția cea mai confortabilă, închide ochii.

Concentrează-ți acum atenția asupra respirației.

Respiră de câteva ori profund: în timp ce expiri, încet, spune in gând: «Mă relaxez».

Concentrează-ți atenția asupra feței pentru a simți orice încordare din musculatura feței și din ochi. Imaginează-ți această încordare... îți poți reprezenta un arc comprimat... sau un elastic întins... sau poate o mână strânsă în pumn... Iar acum imaginează-ți cum te relaxezi- • • plăcut... ca arcul eliberat de forța care îl comprima... sau ca elasticul care zace inert pe jos...

Poți simți cum fața și ochii ți se relaxează... și cum valul plăcut al relaxării... al destinderii ți se răspândește în tot corțațl...

Strânge pleoapele cât poți de tare... Simte încordarea mușchilor feței în jurul ochilor... Imaginează-ți arcul comprimat sau pumnul strâns... Și relaxează din nou musculatura feței... Simte cum relaxarea dizolvă încordarea de mai înainte, răspândindu-se în tot corpul...

Repetă acest procedeu și în cazul celorlalte segmente ale corpului. Coboară încet, fără grabă... Continuă cu maxilarul... cu gâtul... cu umerii... cu spatele... cu brațele... cu antebrațele... cu mâinile... cu pieptul... cu abdomenul... cu coapsele... cu picioarele... cu labele picioarelor... până când tot corpul ți se relaxează. • • Imaginează-ți în cazul fiecărui segment de corp încordarea... și reprezintă-ți mai apoi destinderea, relaxarea... Contractă mai întâi musculatura diferitelor segmente de corp... și relaxează din nou mușchii.

După ce ți-ai relaxat toți mușchii, fiecare segment al corpului, rămâi așa. în această plăcută stare de relaxare, timp de 2-3 minute.

iar acum imaginează-ți boala (cancerul)... și poți face asta într-un mod cât mai apropiat de realitate sau la modul simbolic. Reprezintă-ți-o/reprezintă-ți-l ca pe ceva ce se compune din celule slabe și dezorganizate. Adu-ți aminte de faptul că organismul nostru distruge, în medie, mii de celule canceroase, pe parcursul unei vieți.

Și, în timp ce îți reprezinți cancerul, conștientizează faptul că, în vederea vindecării, sistemul tău imunitar trebuie să revină la starea sa normală, sănătoasă.

Dacă te afli sub tratament medical, imaginează-ți acest tratament - într-un fel lesne de înțeles pentru tine -. imaginează-ți cum tratamentul pătrunde în corpul tău. Dacă este vorba de

radioterapie, îți poți reprezenta aceasta de exemplu sub forma unor fascicule de lumină compuse din milioane de gloanțe de energie, ce lovesc fiecare celulă canceroasă ce le iese in cale.

Celulele normale pot corecta orice fel de leziune potențială pe care ar putea-o suferi, tnsă celulele canceroase nu pot face acest lucru, deoarece ele sunt slabe (pe acest fapt se bazează. de exemplu, radioterapia). Dacă te afli sub tratament medicamentos, imaginează-ți medicamentul, cum pătrunde în corpul tău, în circulația sanguină. Imaginează-fi medicamentul ca pe ceva ce acționează ca o otravă. Celulele normale sunt inteligente si puternice ți sunt în mică măsură atinse de otravă. In schimb, celulele canceroase sunt slabe și foarte ușor de distrus. înghit otrava, sunt distruse si apoi eliminate din organism.

imaginează-fi globulele albe cum se adună în zonele atinse de cancer, recunosc celulele anormale și le distrug. Globulele tale albe sunt foarte puternice și agresive... Și sunt și foarte inteligente, pe deasupra. Nu există o concurență reală între ele și celulele canceroase. Globulele albe câștigă bă ralia.

Imaginează-fi cum cancerul se micșorează, se reduce tot mai mult, tot mai mult. Vezi cum globulele albe transportă celulele distruse și, trecând prin ficat și rinichi, le elimină apoi din organism, împreună cu urina și materiile fecale.

Acestea sunt așteptările tale cu privire la ceea ce dorești să se întâmple.

Continuă să-ți imaginezi cum cancerul se micșorează iot mai mult și mai mult, până ce dispare cu torul. $<_{HK}$.

Te vezi având din ce în ce mai multă energie, vezi cum pofta de mâncare sporește și ea, curn te poți simți din nou bine și te poți bucura de dragostea celor care te înconjoară, în timp ce cancerul «se topește» tot mai mult, până când dispare cu totul.

Dacă simți undeva durere, oriunde în corp, imaginează-fi «armata» globulelor albe, cum se năpustește în zona dureroasă și calmează durerea.

Oricare ar fi problema, dă organismului comanda de a se autovindeca. Imaginează-ți cum corpul tău este din nou bine.

Te vezi fiind din nou bine, fără boală, ptinfă) de energie.

Imaginează'te atingându-ți scopurile. Vezi cum sensul vieții tale se împlinește, cei dragi sunt bine, cum relațiile tale cu cei din jur suni tot mai bogate.

Adu-ți aminte de faptul că dacă ai un motiv puternic pentru însănătoșire, acest lucru chiar ajută vindecarea. De aceea, poți folosi acest timp pentru a conștientiza care sunt lucrurile cele mai importante în viața la.

Iar acum te poți felicita în gând pentru că ai participat activ la procesul propriei însănătoșiri. Imaginează-te cum faci acest exercițiu de imagerie, foarte atent și implicat, de trei ori pe zi-

Pregătește-te acum pentru a deschide ochii și pentru 0 percepe din nou încăperea în care te afli.

Deschide ochii acum și pregâtește-te să-ți reiei activitățile obișnuite" (după Simonton *etal.,* 1980).

Condijiilc imagerici mentale eficiente

In vederea asigurării eficientei exercijiilor de imagerie, este necesar ca în reprezentarea celulelor albe, respectiv a celor canceroase, persoana să respecte următoarele principii:

1. Celulele neoplazice sunt slabe și dezorganizate. Este important ca persoana să-și reprezinte celulele canceroase ca fiind ceva moale, ceva ce poate fi strivit cu ușurință, asemeni unei chiftele sau caviarului, spre exemplu.
2. Tratamentul este eficient și foarte puternic. Imaginile mentale trebuie să poată transmite convingerea că tratamentul poale, cu certitudine, distruge cancerul. Imaginea este mai puternică dacă interacțiunea dintre tratament și boală se produce deseori și astfel, efectul terapiei asupra cancerului este vizibil și mai ușor de conștientizat.

Dacă, de exemplu, pacientul își reprezintă cancerul ca un glob format din celule gri, tratamentul ar putea fi, de exemplu, un lichid gălbui sau verzui, ce pătrunde în acest glob, îl descompune și reduce dimensiunile cancerului, astfel încât acesta să poată fi distrus cu ușurință de globulele albe.

3. Celulele sănătoase își pot reveni cu ușurință în urma oricăror leziuni minore survenite pe parcursul tratamentului. Deoarece, de obicei, tratamentul antineoplazic afectează nu doar celulele maligne, ci și pe cele sănătoase, pacientul trebuie să și le reprezinte pe acestea din urmă atât de puternice, încât tratamentul le poate afecta doar în mică măsură, iar pe de altă parte, ca fiind capabile să repare orice astfel de daună minoră. Celulele neoplazice sunt distruse de tratament, deoarece, spre deosebire de celulele sănătoase, ele sunt slabe și dezorganizate.
4. Celulele albe sunt foarte numeroase, mult mai numeroase decât celulele maligne. Celulele albe simbolizează procesul natural de autovindecarc al organismului (diferitele reacții și mecanisme imunitare). De aceea, imaginile mentale trebuie în așa fel construite, încât ele să poată transmite mesajul unui raport de for(e inegal între globulele albe și celulele neoplazice, net superior în favoarea primelor (celulele albe sunt mult mai numeroase și mai puternice). De asemenea, deznodământul în favoarea forțelor organismului trebuie reprezentat în mod clar și explicit, fără echivoc.
5. Celulele albe sunt foarte active și eficiente, „gata de luptă", recunosc și distrug cu repeziciune celulele maligne. Așa cum s-a menționat anterior, globulele albe simbolizează sistemul de apărare al organismului, acea parte a pacientului care îl sprijină în direcția vindecării. De aceea, pacientul trebuie să le vizualizeze ca fiind inteligente, eficiente și puternice, să și le imagineze cum învinq celulele neoplazice, fără a lăsa nici un dubiu în această privință.
6. Celulele canceroase distruse sunt îndepărtate din organism într-un mod natural, normal. Procesul de eliminare a celulelor distruse este un proces întru totul firesc, ce nu necesită vreun efort deosebit sau vreo aptitudine magică. Prin reprezentarea acestui proces, practic comunicăm organismului nostru faptul că avem încredere în riîbdul său natural de funcționare.
7. La sfârșitul exercițiilor de imagerie, este bine ca persoana să se imagineze sănătoasă, eliberată de cancer. Această imagine reprezintă deznodământul dorit. Este important ca pacientul să-și poată reprezenta organismul „curat" (eliberat de cancer), sănătos, plin de viață și energie.
8. Persoana trebuie să se poată imagina atingându-și scopurile, înoplinindu-și sensul vieții. Rolul acestei imagini este acela de a comunica organismului faptul că există motive temeinice pentru a rămâne în viață. Ea întărește încrederea în posibilitatea vindecării, precum și atitudinea de implicare, de angajare în lucrurile vieții.

(Simonton *et al.,* 1990, pp. 114-115)

Un astfel de exemplu de imagerie eficientă este prezentat în figura 4. Pentru a ne asigura de eficiența reprezentărilor clientului, autorii recomandă ca aceștia să deseneze cum își imaginează celulele albe, respectiv pe cele bolnave, astfel încât aceste reprezentări să poată fi analizate și la nevoie ajustate.

Metoda propusă de Simonton *et al.* (1980) a fost aplicată pe scară largă și de către Siegel (1990; 1993; 1995), rezultatele ei fiind apreciate de către autori precum

Capra (1982), Teegen (1983), Watzlawick (1993) sau Selby (1995). Elitzur şi Brenner (1987) au raportat adaptarea eficientă a metodei în tratamentul afecţiunilor virale ale pielii, iar Vargha (1991) a prezentat la prima Conferinţă Europeană a Psihoterapiilor de Relaxare propriile rezultate înregistrate în utilizarea tehnicii imageriei mentale în tratamentul verucilor la patru clienţi, intervenţia fiind încununată de succes in trei dintre cazuri. De pe urma antrenamentului sistemului imunitar, pot profita practic tot! bolnavii afectaţi de maladii în geneza şi evoluţia cărora mecanismele imunitare joacă un rol important. Un ultim domeniu în care aceste exerciţii - sau altele care vizează obiective similare - sunt aplicate, este cel al tratamentului bolnavilor de SIDA.

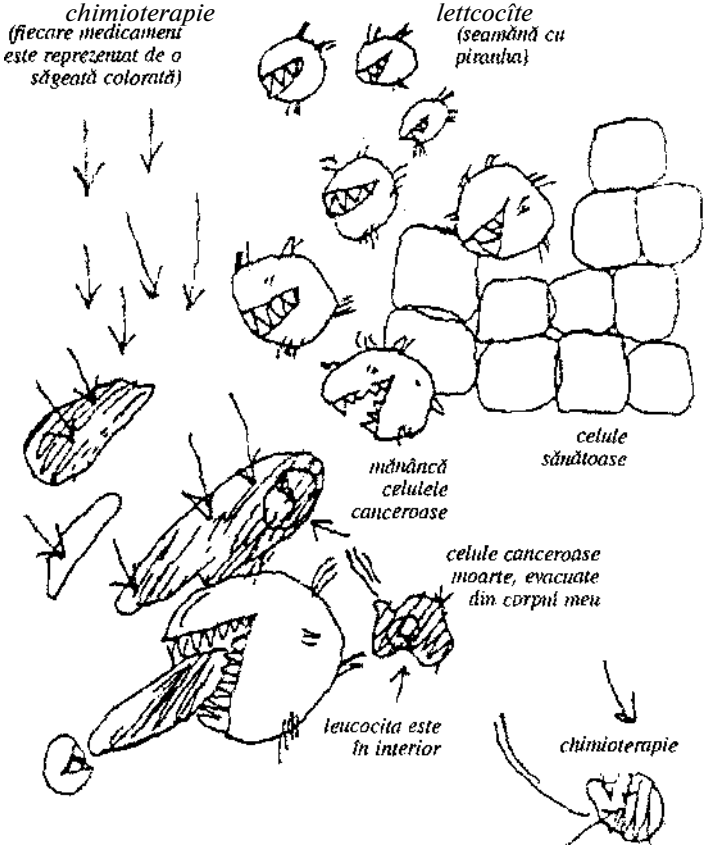


Figura *4.* *Distrugerea celulelor canceroase de către leucocite şi chimioterapie tn reprezentarea unui bolnav de cancer* **(după Simonton *et al.*, 1980, p.** 16Î)

Subliniem încă o dată în încheiere faptul că, cel puţin până Ia ora actuală, perspectivele deschise de posibilitatea de a spori eficienta sistemului imunitar prin hipnoterapie, respectiv de a influenta astfel evoluţia unor boli grave, se situează mai degrabă în domeniul speranţelor - îndreptăţite, e drept, prin unele experienţe clinice - decât în cel al certitudinilor. Sunt chiar autori (de exemplu Sapolsky, 1994), care apreciază că prezentarea unor astfel de idei unor bolnavi de cancer ar fi chiar periculoasă, întrucât inocularea ideii că ar fi capabili să se vindece de cancer prin eforturi proprii le-sr putea

genera sentimente de vinovăție în cazul în care eforturile nu le-ar fi răsplătite de ameliorarea stării lor. Considerăm că observația lui Sapoisky - un biolog cât se poate de deschis înspre interrelațiile dintre factorii psihosociali și fiziologici - trebuie interpretată ca un foarte pertinent avertisment, că instituirea acestor programe de antrenament al sistemului imunitar trebuie efectuată în condițiile deplinei conștientizări a efectelor pe care intervenția o poate avea asupra unor persoane oricum extrem de sensibilizate de impactul unei boli considerate în mod obișnuit ca deosebit de gravă. Metoda se adresează acelor bolnavi, care sunt foarte puternic motivați și pentru care ideea de a exercita un control asupra stării proprii de sănătate nu este împovărătoare. în sfârșit, se cunoaște faptul că speranțele sunt un aliat de nădejde al vindecării. Nu și cele care se dovedesc în final a fi fost deșarte și care dimpotrivă, agravează și mai mult situația bolnavului. Aceste exerciții e recomandabil deci să fie prezentate ca element complementar al terapiei, care poate contribui la ameliorarea situației și în nici un caz ca o intervenție care - cu unica condiție a complianței adecvate a pacientului - garantează rezultatele scontate.

CAPITOLUL XII

Formarea hipnoterapeuților

Formularea unor exigențe de formare pentru psihoterapie, în general, și pentru hipnoterapie, în special, se află de multă vreme în centrul preocupărilor societăților naționale și internaționale ale profesioniștilor. Este de ajuns să evocăm în acest sens eforturile Federației Române de Psihoterapie (F.R.P.) sau ale Asociației Europene de Psihoterapie (A.E.P.). Este de la sine înțeles că, doar în condițiile unei formări temeinice, bazate pe programe structurate adecvat, se pot însuși acele competențe, care pot asigura tratamentul eficient al clienților care solicită psihoterapie. Mai mult chiar, numai acei specialiști pot oferi suficiente garanții pentru evitarea vătămării clienților lor prin practică necorespunzătoare, care au la bază o pregătire solidă pentru aplicarea unor metode fundamentate științific și validate empiric. Stanley și Burrows (1996) afirmă că majoritatea problemelor care rezultă din aplicarea hipnozei sunt întâmpinate atunci când practicianul are la bază o formare neadecvată sau doar minimă, sau atunci când este lipsit de abilitățile și deprinderile clinice corespunzătoare. Nu întâmplător, există la ora actuală țări europene (Austria, Elveția, Ungaria) în care formarea pentru psihoterapie este legiferată, prevederile legale impunând o pregătire care însumează de regulă câteva mii de ore de teorie, formare experiențială, practică supervizată și examinare finală a competențelor, ce include și redactarea unei lucrări de specialitate. Mai mult chiar, se preconizează chiar votarea unei legi europene a psihoterapiei de către Parlamentul European.

In ceea ce privește pregătirea hipnoterapeuților, aceasta caută să se supună la rândul ei acestor exigențe, vizând atât pregătirea psihoterapeuticâ generală a candidaților, cât și însușirea cât mai temeinică de către aceștia a bazelor teoretice, principiilor strategice și tehnicilor și metodelor de intervenție ale hipnoterapiei. Vă prezentăm în continuare câteva dintre opiniile unor specialiști din domeniu, pentru a ilustra eforturile depuse în vederea identificării celor mai adecvate modalități de formare pentru hipnoterapie.

Hammond (1996) pledează pentru utilitatea includerii în programul de formare al viitorilor hipnoterapeuți a unor exerciții experiențiale care cuprind inducerea transei, semnalizarea ideomotorie, administrarea unor scale de susceptibilitate hipnotică, regresia de vârstă, familiarizarea cu impactul tehnicilor de aprofundare a transei, experimentarea catalepsiei și a levitației, a integrării zgomotelor din ambiantă etc.

Elkins și Hammond (1998) au prelucrat rezultatele răspunsurilor la un chestionar care viza criteriile de formare pentru hipnoza clinică, primite de la 48 % dintre cei 242 de clinicieni, formatori și cercetători de frunte chestionați. Respondenții au estimat necesarul de ore de formare - adăugate formării de bază și exigențelor începerii unei practici clinice - în medie de 43,4 ore, două treimi dintre participanți opinând totodată că este necesară și o formare și practică individuală, care ar adăuga în medie alte 28 ore.

Yapko *el al.* (1998) subliniază, la rândul lor, importanţa exerciţii lor practice in formarea pentru hipnoză, care vizează facilitarea realizării următoarelor cinci obiective : (a) dezvoltarea acuităţii senzoriale, (b) dezvoltarea flexibilităţii în formularea şi comunicarea sugestiilor, (c) însuşirea recursului la metodele naturaliste, (d) dezvoltarea abilităţilor necesare pentru practicarea recadrârilor terapeutice şi (e) învăţarea utilizării sugestiilor înlănţuite.

Apreciem ca demn de interes modelul de formare adoptat de Societatea Australiană de Hipnoză încă din anul 1985, care prescrie o formare academică şi clinică de doi ani. accesibilă specialiştilor licenţiaţi pentru practicarea profesiei lor, având ca obiect natura şi nuanţele hipnozei, dobândirea experienţei practice în aplicarea abordărilor directe şi indirecte şi managementul supervizat al unor cazuri clinice. La terminarea acestui program de formare, candidaţii sunt supuşi unei examinări în trei părţi a competenţei clinice. Candidaţii pot obţine recomandarea pentru practicarea hipnoterapiei doar în urma satisfacerii acestor criterii (după Stanley *ei al.,* 1998).

In România, formarea sistematică în domeniul hipnozei clinice a început din 1998 şi se desfăşoară sub egida Asociaţiei Române de Hipnoză Clinică, Relaxare şi Terapie Ericksoniană (A.R.H.T.E.), membră fondatoare a Federaţiei Române de Psihoterapie (F.R.R). Această asociaţie respectă reglementările Comisiei de acreditare profesională şi de competenţe a F.R.P. privind formarea profesională în domeniul psihoterapiei. Consemnăm în continuare standardele minime de certificare directă, individuală, pentru practica psihoterapeutică validate de F.R.P.

„In vederea asigurării nivelului necesar de competentă clinică şi în acord cu recomandările Federaţiei Europene de Psihoterapie, pentru a fi evaluat, în vederea certificării, un psihoterapeut trebuie să îndeplinească următoarele condiţii;

- Absolvirea, cu diplomă de licenţă, a uneia dintre următoarele specialităţi universitare: medicină, psihologie, sociologie, asistenţă socială, pedagogie, psihopedagogie specială şi filozofie.
- Efectuarea unui minimum de ISO de orc de «cunoaştere personală» (psihoterapie de formare), specifică sau compatibilă cu metoda psihoterapeutică pentru care se doreşte certificarea.
- Parcurgerea a cel puţin 400 de ore de instruire teoretică în domeniul psihopatologiei şi al şcolii de psihoterapie alese.
- Efectuarea a cel puţin 200 de ore de supervizare, asupra practicii clinice psihoterapeutice a candidatului, desfăşurată prin aplicarea procedeului în care acesta solicită certificarea.
  a) în cazul unor metode *consacrate* de psihoterapie, pentru care asociaţiile internaţionale de profil nu includ, în procesul de formare, necesitatea unei psihoterapii personale (cx.: terapia comportainentat-cognitivă), cele 150 de ore de «cunoaştere personală», recomandate de către Federaţia Europeană de Psihoterapie, pot fi înlocuite, *cu avizul special al Comisiei,* printr-un număr egal de ore de activitate formativă, specifică metodei respective.
  b) Atunci când programele de rezidenţial pentru medicii psihiatri sau unele programe universitare şi postuniversitare, din cadrul unor facultăţi de psihologie, asistenţă socială, sociologie, pedagogie, psihopedagogie specială sau filozofie, au oferit unor candidaţi, absolvenţi ai acestor cursuri, o parte din pregătirea teoretică necesară (dar nu mai mult de 200 de ore), din cele 400 de ore de instrucţie teoretică, poate lî redus numărul de ore de curs şi seminar, pe care aceşti candidaţi le-au frecventat şi le-au absolvit, în domeniul psihiatriei, psihopatologici, psihoterapiei sau chiar în cel al teoriei procedeului terapeutic, în care aceştia urmăresc să obţină certificarea. Echivalarea acestor

orc de pregătire teoretică și scăderea lor din numărul minim necesar (400) va fi efectuata de către Comisia Profesională a F.R.P. sau de către comisiile de certificare ale asociațiilor, pe baza unor documente oficiale, prezentate de către candidat. în anumite situații, se poate solicita candidatului prezentarea unei copii a cursului absolvit, în vederea verificării echivalentei conținutului acestuia, cu necesitățile instrucției teoretice, specifice procedeului de psihoterapie pentru care candidatul dorește certificarea."

în ceea ce privește formarea specifică în domeniul hipnozei clinice, ea respectă, în linii mari, domeniile abordate în această carte (autorii acestei cărți sunt formatori acreditați de către F.R.P. și membri fondatori ai A.R.H.T.E.), iar obiectivele formării vizează, în egală măsură, aspecte teoretice și practice ale hipnoterapiei.

CAPITOLUL XIII

Supervizarea activității hipnoterapeutice*

Importanța atribuită supervizării în procesul formării pentru psihoterapie poate fi documentată fără dificultăți. Astfel, elaborând standardele pentru atribuirea Certificatului European de Psihoterapie, van Deurzen și Tantam (1997) includ printre cele patru elemente considerate obligatorii pentru formarea psihoterapeuților *formarea practică" {„practicai training"),* în privința căreia menționează că „aceasta va include suficiența practică, desfășurată sub supervizare continuă, adecvată metodei psihoterapeutice și având o durată de cel puțin un an" (p. 96). La rândul lui, Consiliul pentru Psihoterapie al Regatului Unit (U.K.CP.) precizează în documentul ce stipulează criteriile dezvoltării profesionale continue că la baza activității psihoterapeutice se afla *„practica reflectivă" („reflective practice"),* care este, la rândul ei, facilitată de supervizare și de consultarea profesională. Documentul afirmă că dezvoltarea abilităților în cadrul supervizării clinice trebuie considerată ca o formă a dezvoltării profesionale valide și prin urmare ea trebuie asigurată prin politici organizaționale ale organizațiilor membre (U.K.C.P., 1999).

Se constituie într-un veritabil paradox faptul că, în timp ce practic fiecare școală sau orientare psihoterapeutică rezervă supervizării un spațiu privilegiat în cadrul formării viitorilor terapeuți, majoritatea dintre ele elaborând chiar o metodologie și standarde proprii pentru această activitate, literatura de specialitate consacrată domeniului este extrem de săracă în comparație mai ales cu miile de volume ce prezintă diferitele teorii ale schimbării, principiile teoretice care fundamentează intervențiile terapeutice încadrabile în diferitele metode ori care descriu multitudinea tehnicilor și metodelor terapeutice. Se poate afirma chiar, cel puțin din acest punct de vedere, că supervizarea ar fi o veritabilă „Cenușăreasă" a psihoterapiei. Este semnificativ în acest sens faptul că tocmai această lipsă a unor manuale de supervizare este reclamată de mai multe studii recente (Watkins, 1998; Milne & James, 2000; Alonso, 2000).

Pe de altă parte, problema supervizării în psihoterapie este departe de a fi una clară. Nu numai că modalitățile de a efectua supervizarea diferă practic de la o metodă la alta, dar se constată că nu există un consens între autori nici în ceea ce privește definiția supervizării, nici în cea a obiectivelor vizate de această practică. Considerăm că, în aceste condiții, o apropiere a pozițiilor față de răspunsurile la întrebări de genul „Ce este supervizarea?", „Care sunt obiectivele supervizării?" sau „Cum se poate documenta activitatea de supervizare ? " dobândesc o importanță deosebită.

* Coautori: Liana Don, Krisztina Gabriella Szabo.

Pentru o definiție a supervizării

Trecând în revistă mai multe lucrări considerate de referință, printre care cele semnate de Haley (1988), Gilbert (1978), Bergin și Lambert (1978), Wfolberg (1954), Mead (1990) etc. identifică cinci elemente-cheie ale definirii supervizării. Astfel, supervizarea ne apare ca intervenția (a) unui terapeut cu experiență, (b) menită să asigure starea de bine a pacienților, (c) prin monitorizarea performanței unui terapeut lipsit de experiență, (d) in munca cu pacienți reali, intr-un cadru clinic, (e) cu scopul de a modifica astfel conduita terapeutului Începător, încât aceasta să devină asemănătoare celei prestată de un terapeut exemplar. Criteriul de la punctul (d), deci faptul că supervizarea reprezintă *o* intervenție desfășurată în legătură cu o terapie „reală", ar constitui după Mead elementul diferențiator între această activitate și formarea ca psihoterapeut, poziție cu care nu putem fi de acord, atât timp cât supervizarea este considerată o componentă importantă a formării. Este de la sine înțeles că supervizarea nu poate constitui un echivalent al procesului de formare ca întreg și nu își găsește locul în primele secvențe ale acestuia, dar reprezintă o etapă indispensabilă a fazelor avansate ale pregătirii pentru psihoterapie. Autorul citat neagă, totodată, că supervizarea ar constitui o terapie a terapeutului. Această afirmație este cu atât mai surprinzătoare, cu cât însuși Mead recunoaște, cu numai câteva pagini mai încolo, că supervizarea ar viza eliberarea terapeuților începători de anxietatea produsă de lipsa de organizare ori de insuficienta integrare a variatelor tehnici și modele teoretice.

Pentru Bernard și Goodyear supervizarea este în esență „o relație intensivă, focusată interpersonal, menită să înlesnească dezvoltarea competenței persoanei supervizate" (citați de Milne și James, 2000, pp. 111-112). Printre funcțiile supervizării pot fi enumerate facilitarea însușirii de către supervizat a unor abilități care asigură conceptualizarea adecvată a cazurilor avute în tratament, dibăcia tehnică sau stabilirea unor relații terapeutice satisfăcătoare, respectiv promovarea dezvoltării profesionale a terapeutului supus supervizării. După Wampold și Holloway (citați de aceiași Milne și James), cea mai importantă dintre funcțiile supervizării este aceea de a asigura furnizarea unei terapii eficiente, în condiții de securitate maximă, clientului.

Aplicând modelul grupurilor Bâlint asupra supervizării și parafrazând obiectivul fundamental al acestora, putem afirma că supervizarea ar urmări conturarea unui *diagnostic al relației terapeutice.* Un astfel de diagnostic ar trebui să includă, înainte de toate, dinamica și structura relației dintre terapeut și pacient, inclusiv implicațiile ei transferențiale și contratransferențiate. Luban-Plozza (1986) accentuează importanța acelor nevoi ale pacientului, care contribuie la dezvoltarea problemei sale, reținând următoarele puncte:

1. terapeutul să identifice nevoile pacientului;
2. terapeutul să Înțeleagă semnificația acestor nevoi, atât pentru pacient, cât și pentru el însuși;
3. terapeutul să cântărească dacă și sub ce formă îi comunică pacientului constatările și presupozițiile sale.

Obiectivele supervizării

Un prim punct de vedere asupra obiectivelor supervizării este cel al lui Casement (1999). Terapeuții începători, arată autorul, lucrând cu primii pacienți, dispun încă de resurse limitate: de ceea ce știu din teorie și de ceea ce au trăit pe parcursul analizei lor personale. Ei mai știu câte ceva și despre munca altora, precum și ceea ce au învățat din prezentările de caz la care au participat în cadrul seminariilor parcurse. în realitate însă, singura experiență autentică cu privire la rolul de terapeut a celor în formare este aceea pe care au trăit-o adesea în cadrul exercițiului unei alte discipline, ca medici, psihiatri, dascăli, asistenți sociali. Uneori, atunci când presiunea exercitată de către pacient este mare, tentația de a reveni la modurile anterioare, familiare, de funcționare poate deveni foarte puternică. Acest lucru poate fi împiedicat doar prin însușirea noii atitudini la un asemenea nivel care nu este accesibil în totalitate terapeutului începător. De aceea, atunci când terapeuții în formare își încep munca terapeutică, în condițiile supervizării, sarcina fundamentală a supervizorului în această fază incipientă a practicii clinice este aceea de a-l susține pe terapeut, în timp ce acesta învață să-l susțină analitic pe pacient. Supervizorul conferă un fel de control, securizând legătura analitică, atât pentru terapeut, cât și pentru pacient și respectiv ajungând la înțelegerea și evaluarea materialului pacientului. Prin aceasta se pun bazele muncii autonome de mai târziu. La început, terapeuții în formare se sprijină în mare parte pe sfaturile și observațiile supervizorului, a cărui funcționare se integrează cu timpul în munca cu pacientul. Uneori însă începătorii pot avea mai mult timp nevoia de a se „crampona" de elementele ideilor împrumutate.

tn al doilea rând, arată Casement (1999), terapeuții trebuie să își elaboreze pe parcursul supervizării capacitatea de a reacționa spontan în timpul ședințelor terapeutice, cu ajutorul supervizorului internalizat. Astfel, ei învață să se analizeze deopotrivă pe ei înșiși, cât și pe pacienți, utilizând pentru aceasta insula observării intelectuale ca pe o posibilitate mentală ce permite începerea activității supervizorului intern.

în sfârșit, Casement consideră că ar fi ideal ca la terminarea formării, procesul supervizării să devină un jîialog între supervizorul extern și cel intern. Prin aceasta, terapeuții vor reuși să atingă acea calitate a funcționării autonome care pe baza formării parcurse este de așteptat din partea lor.

Apreciind că activitățile etichetate ca supervizare nu sunt unitare, nici din punct de vedere metodologic, nici din cel conceptual, Szonyi și Fiiredi (2000) constată că ele pot urmări obiective multiple. Cele mai importante dintre acestea ar viza asistența acordată terapeutului în vederea:

- consilierii și îndrumării lui;
- evidențierii greșelilor comise, respectiv a motivelor care stau la baza blocării procesului terapeutic;
- sesizării aspectelor care scapă scrutinului său;
- împărțirii dificultăților, grijilor sau anxietâților sale, contribuind astfel la lărgirea spectrului său perceptiv și de acțiune;
- prelucrării sentimentelor sale legate de pacient sau de terapie;
- modificării atitudinilor sale față de pacienți și de terapie.

După cum rezultă și din această listă, unele activități cu profil de supervizare se concentrează asupra strategiei terapeutice, pe când altele se constituie într-o veritabilă

terapie a terapeutului, ale cărui conflicte personale nerezolvatc riscă să interfereze cu procesul terapeutic. Putem identifica printre obiectivele propuse, unele care reclamă o asistenţă mai degrabă didactică, în timp ce altele presupun o analiză temeinică a trăirilor terapeutului.

In aceste condiţii este dificil de apreciat care dintre aceste scopuri vizate de supervizare sau activităţi specifice ar merita o atenţie preferenţială. Dincolo de accentele ce diferă de ia o orientare sau alta, în condiţiile în care marea majoritate a terapeuţilor se declară de orientare eclectică (Huber, 1997; Dafinoiu, 2000), considerăm că elementul ce ar putea servi drept criteriu al determinării focusului şedinţei de supervizare ar trebui să fie reprezentat de nevoile - exprimate deschis sau doar deductibile - ale terapeutului, respectiv ale procesului terapeutic în desfăşurare. Pe parcursul unei intervenţii prestate de către un psihoterapeut cu insuficientă experienţă clinică, pot apărea momente în care supervizarea poate contribui, înainte de toate, la elaborarea unei strategii mai eficiente, în timp ce într-o altă etapă a tratamentului, se impune mai degrabă confruntarea terapeutului cu reacţia sa contratransferenţială. Chiar dacă supervizarea este considerată ca o componentă a formării ca terapeut, nu trebuie uitat nici o clipă că ea se realizează în contextul unei intervenţii psiholerapeutice autenlHce. Astfel, supervizorul trebuie să-şi asume în egală măsură responsabilitatea pentru formarea viitorului terapeut, dar şi cea pentru bunul mers al terapiei şi, implicit, pentru maximalizarea şanselor persoanei pacientului de a beneficia de o intervenţie cu adevărat eficientă.

Considerente practice

O primă întrebare de ordin tehnic se referă Ia persoana abilitată pentru a efectua supervizarea psihotcrapeuţilor începători. Din acest punct de vedere este evident că nu orice terapeut format este capabil să-şi asiste mai tinerii colegi în eforturile lor de a străbate distanţa ce-i separă de prestaţia „terapeutului exemplar" invocat de definiţia lui Mead (1990). Este de la sine înţeles că numai un terapeut cu experienţă clinică de mai mulţi ani şi care a făcut dovada faptului că are o viziune clară, strategică asupra procesului terapeutic, poate tinde spre asumarea acestui rol.

A doua problemă tehnică, poate cea mai dificilă de soluţionat de o manieră satisfăcătoare, se referă la modalitatea concretă a înregistrării şedinţelor terapeutice. în condiţiile în care supervizorul este nevoii să se pronunţe asupra unor intervenţii terapeutice *„in absentia"* şi *„in effigie",* importanţa acestui aspect este deosebită. Este indiscutabil că, din punctul de vedere al fidelităţii redării celor întâmplate într-o şedinţă terapeutică, înregistrările video sau audio sunt superioare celorlalte forme de conservare. Acestea redau, e drept, fără distorsiuni atât conţinuturile discuţiilor, cât şi succesiunea cronologică a diferitelor secvenţe ale intervenţiei, reţinând şi multe din aspectele metacomunicaţionale ale discuţiei (pauze, inflexiuni ale vocii, gesturi etc). Utilizarea lor nu este însă lipsită de probleme. Printre acestea se cuvine să amintim faptul că reluarea unor şedinţe terapeutice în întregime este considerată, în general, neproductivă, supervizarea propunându-şi mai degrabă să-şi focalizeze atenţia asupra unor momente-cheie ale intervenţiei. Mulţi supervizori reclamă şi faptul că aceste înregistrări ar abate atenţia de la reflectarea subiectivă de către terapeut a celor întâmplate pe parcursul şedinţei (Szonyi şi Furedi, 2000). Nu în ultimă instanţă trebuie să luăm în considerare şi faptul că înregistrarea riscă să denatureze derularea naturală a discuţiei, mai afectaţi fiind de prezenţa microfonului

ori a camerei video chiar terapeuții. O altă modalitate care și-a dovedit eficiența este cea utilizată în supervizarea ședințelor de psihodramă, în care se practică jocul de rol pentru reconstituirea momentelor cheie ale ședințelor terapeutice.

In Anexa 9 supunem atenției formularul unui protocol utilizat pentru supervizarea ședințelor de psihoterapie, propus de Mead (1990), care apreciem că, fără a fi lipsit de elemente perfectibile, ar putea fi acceptat ca modalitate standard de prezentare a materialului terapeutic.

Un alt aspect de ordin tehnic, vizează monitorizarea gândirii strategice a terapeutului, Considerăm că, indiferent de orientarea teoretică a terapeutului sau a supervizorului, supervizarea trebuie să contribuie ta o perfecționare a raționamentului strategic al psihoterapeutului în formare, astfel încât acesta să devină capabil în orice moment al intervenției sale să aibă o imagine clară asupra relației intime dintre obiectivele generale ale tratamentului, nevoile de moment ale pacientului și demersul său imediat.

Un ultim aspect, asupra căruia dorim să insistăm, este unul semnalat de documentul asupra dezvoltării profesionale continue, elaborat de către U.K.CP. (1999). Se arată în acest îndrumător, că dezvoltarea profesională implică reflectarea activă asupra experienței de o manieră ce-i permite individului să precizeze ce anume s-a învățat sau s-a reconfirmat. Din punct de vedere practic, aceasta înseamnă că dezvoltarea terapeutului în formare, care are loc ca rezultat al supervizării trebuie să poată fi documentată, respectiv verificată într-un fel. Aceasta înseamnă că individul trebuie să fie capabil să descrie ce s-a întâmplat și să specifice, cel puțin în parte, ce s-a învățat, astfel încât aceste progrese să poată fi înțelese de către o altă persoană informată. Realizarea acestui deziderat implică două premise: pe de o parte, o claritate a obiectivelor supervizării, iar pe de alta, asigurarea că terapeutul a înțeles la rândul lui, rațiunea unei anume intervenții a supervizorului.

încheiere

Suntem conștienți de faptul că ideile expuse în acest capitol sunt departe de a fi putut atinge totalitatea problemelor ridicate de practica supervizării. Credem însă că ele se pot constitui într-o invitație la discuția lansată tuturor specialiștilor implicați în formare și supervizare, astfel încât într-un final, să se ajungă la elaborarea de către Comisia profesională a Federației Române de Psihoterapie a unor principii metodologice privind supervizarea care să fundamenteze această practică desfășurată sub egida asociației naționale.

Tabelul 1. ***Studii asupra eficientei hipnoterapiei persoanelor anxioase***

Autori, anul	*Subiec'i*	Metoda	*Reyultate*
Baddelely, 1996	2:(1F,1B).; .:• •: PTSD	**Terapie Gestalt şi** Reprogamarea **Desensibilizării Mişcărilor Oculare (EMDR) în hipnoză**	• **eficienţă în reeducarea subconştientului**
DelMonte,.19%	**1 (F,27a)** tulburări de panică	hipnoanaliză şi regres ie **de vârstă**	• **evidenţierea implicării anxietăţii de separare în apariţia atacurilor de** panică • **dispariţia completă a atacurilor de panică şi a agorafobiei la un an după tratament, în absenţa** tratamemului medicamentos
Ffrench, 1996-•••£	**4=(EJa> .... teamă de înecare cu** alimente::	**2 şedinţe de** - hipnoterapie	• eliminarea simploinelor
Han şt Hait, 1996	**â8** studenji **'anxietate, de examen**	*Workshop*. Şedinţe de 30 min. de hipnoză adăugate la discuţii despre anxietate şi slres, abilităti de studiu, disputarea afirma|iilor **depreciatiye despre sine**	• **eficienţă în managementul anxie- : taţii înainte şi in timpul examinării (evaluată la 4 luni după intervenţie)** • **evaluarea superioară a elementului de hipnoză din programul de** intervenţie de către participanţi
Manning, 1996	**l(B,38a) . PTSD uţriiare a? agresării sexuale în copilărie** • **j**	- hipnoză pentru confruntarea cu coşmarurile, **gândurile intruzive şi** *flashback-unk* legate de **evenimentul traumatic,** **- terapie eognitiv-com-**portamentală şi de scună durată	• **eficienţă în «pi«g-ul cu . simptomele prezentate** • **eficienţă în managementul durerii cronice şi a tulburărilor de somn**
Spiegeţi: 1996 - -	**:l.(F,31a) PTSDiirmare a abuzului sexual. în copilărie'**	**Hipnoza ca facilitator al tratamentului**	• **evocarea, controlarea şi prelucrarea consecinţelor abuzului** sexual
Willshire, 1996 :	**1 (F,39a) *^ iPTSD, fobie legată de trenuri"**	desensibilizare sistematică, **relaxare cu** conştientizare senzoriala, sugestii de întărire aeului şi **hipnoză.- 13** şedinţe	• **recuperarea capacităţii de a utiliza transportul feroviar şi trecerile de pietoni Ia intersecţia cu calea ferată**
Cagiada, Carudio, Peimati, 1997 ..	ţv[fi;i.6a) s tulburare disociativă psihologică şi soma-**toformă poşţ-traumatică** (comă psihogenă)	psihofarniacolerapie, **tehnici hipnotice, utilizarea potenţialului expresiv al unor programe grafice** pe computer	• **reabilitare, finalizarea educaţiei:**
Schoenberger, *'is.l.* **Kirsch, Gcaranşi. Montgomery, 1997**	**62(20B,42F,vl8-56ă) anxietate: de vorbii tn** • p u b l i c ,•••• ;•/(• •:••	*7-* **terapie cogmtiv-cpmportamentală (G1) - terapie cogninv-cotnportamentală şi hipnoză** (prezentarea *training-oivi* de relaxare ca inducţie **hipnotică, a gândurilor automate ca autosugestii, şi adăugarea** de **sugestii hipnotice explicite de optimizare) (G2)**	• **progres mai mare în Gl şi G2 . comparativ cu cei de pe lista de aştepiare** • **etichetarea tratamentului ca fiind hipnotic a sporit eficienţa tratamentului şi a generat expectaţiile de schimbare mai mari** • **expectaţiile corelează cu rezultatele tratamentului**

l*Autori,;aiii‖§	3$MiiHi£Hgi	%SSM&kl&Z-<J*r£	Rezultate
Allen, 1998	**10, împărțiți în 2** grupe, tulburare de anxietate generalizată	- terapie **cognidv**-comportamentală, hipnoza și ***tiofeedback(G\,*** N=5) - fără tratament (G2, **N=5)**	» reducerea semnificativă a **anxietății stare la G1. La 4 dintre subiecți** s-au înregistrat scoruri post-test sub **nivelul grupului normativ** .•. **-menținerea nivelelor clinice ale** anxietății stare si trăsătură Ia G2
Fâb'ân4i Fabîan,	23,Jmpărpp în 2,; • • ' grupe.'anxieate stomatologică'"-	v **hipnoza«31,** N=:15) - **fărăSratament (G2,** N=8)	• **frecvență semnificativ mai mare** a ocurenței analgeziei spontane la **Gl comparativ cu G2** • absența scăderii semnificative a **amneziei spontane la Gl in comparație, cu G2** **absența unei creșteri semnificative a frecvenței distorsiunilor temporale spontane la Gl** comparativ eu.G2
Fabian srFabian, 1998	12(30,5Sa) pacienți stomatologici cu fobie de ace .	**tiipnosâ combinată cu,** anestezie locală.	• **reducerea anxietății**:. **lipsa>oncărui disconfort la 8 pacierti,.'nive)-** < **moderat ai disconfortului Ia 3 păci- enți și producerea de colaps la un** pacient dar fără reamintirea acestuia,
Farrfljf, 199'8	**l.(F,9a)** **tțama de a înnopta in** alte locuri decât acasă'.-'	hipnoză ca **adjuvant al terapiei**	• • depășirea temerii
ȘapsettiJidSțS '"_, ;,K*		**terapie cognitivă,** urmată de desensibi- **iizare/^rt hipfioză** si ***in*** • • **«v») cu condiționare** hipnotică de relaxare	• **reexpenențierea în hipnoză** a **evenimentului de sensibilizare și soluționarea acestuia** • **atingerea obiectivului terapiei ,**
Lorensini, 1998	**l(F,32a)** anxietate de performanță	6 ședințe de hipnoterapie	• **prezentări orale în fața colegilor**
RobwB„JS?8..	|1 (F, **14a)** anxietate de separare si. fobie școlară	hipnoză și tehnici de terapie strategică de **scurtă durată;- utilizarea. metaforelor, recadrare pozitivă,*traning*de relâxarftcu'sugeșiide. . construire a încrederii 51** de reducereia anxietății	• **eliminarea atacurilor de panici** și a durerilor de stomac, **la;12 săptămâni de la intervenție** ț 11**îmbunătățirea prezenței școlare la un nivel de 90% in următorul trimestru '• '• • •**
Benotsch, 1999	233 pacienți **ce urmau proceduri radiologice.** distribuiți îri 3 grupe	• **-îngrijire standard (Gl)** **- atenție empatieă (G2)** **- intervenție hipnotică**	• **afectivitatea negativă șrneurotlcismul au efecte semnificative * asupra durerii șj anxietății declarate, cererii de medicație și asupra** •: **satisfacției cu îngrijirea medicală** • **în Gl Ss cu neuroticism ridicat** au solicitat mai mulce medicamente **decât cei cu neuroticism scăzut** ;•.... **în G2 și G3 nu** s-a **evidențiat** nici o **relație. între neuroticism și utilizarea de meditație** »• **pacienții cu neuroticism ridicat au beneficiat semnificativ mai mult** de pe urma intervenției psihologice

Autori, anul	Subiecți	Metoda	Rezultate
Ditrich, 1999	1 (F..35 a) incapacitatea utilizării toaletelor publice, coșmaruri, migrene, insomnii, activități compulsive	*Private Subamcious-intnd Ueating* (3-4 • ședințe) reevaluarea și recadrarca conflictului intern copil-părintc	• îmbunătățire semnificativă la 2 și 5 luni după intervenție • dispariția ulterioară a majorității simpfomelor, dar persistența unei fluctuații a sentimentului de valoare personală
Fox, Henderson, Barton, Champion, Rollin, Catalan, McCormack și Gruzilier, 1999.	20(23-64a)herpes simplu genital recurent	hipnoterapie	• reducerea semnificativă a episoadelor de herpes însoțită de creșterea nr. de liinfocite CD3 și CD8 • creșterea semnificativă a nr; de . celule NK .. » reducerea nivelului anxietății
Howsâm, 1999	1 (B,ll a) insomnie, coșmaruri,, teroare nocturnă, teamă de întuneric (urmare a unei răniri grave)	hipnoză	• eliminarea insomniei, a coșmarurilor, a terorii nocturne și a fricii de întuneric
Liossi și Halină, 1999	30 (5-15a) pacienți cu cancer, supuși unui tratament prin aspirarea măduvei ososase	- hipnoză (G1) - *iraining* cognitiv-comportamcntal al abilităților de *coping* (G2) - nici o intervenție (G3)	• nivele declarate mai scăzute ale durerii și anxietății legate de durere în Gl și G2 față de G3. raportat la propriul nivel de bază • eficiență similară a hipnozei și tro/rang-ului cognitiv-comportamental în eliminarea durerii • anxietate și tulburări comportamentale superioare în G2 față de Gl
Lumsden, 1999	1 (F, 48 a) PTSD	hipnoză utilizată după •nai multe ședințe de terapie cognitiv-comportamentale; sugestii directe, reducere a nivelului de *arousal* și de schimbare a patternului de evitare, expunere și implicare imaginară, utilizarea metaforelor	* eficiență ca adjuvant al terapiei cognitiv-comporta mentale
O'Neill, Barnier ți McConkey, 1999	20 {media 40.85 a) subiecți ce au solicitat tratament pentru stres, anxietate și îngrijorare {anxietate subclinică)	- program de 28 zile incluzând autohipnozâ, respectiv relaxare	• eliminarea anxietății • sentiment al eficacității și al schimbării cognitive și fizice mai pronunțat în cazul autohipnozei comparativ cu relaxarea
Matsumoto, 1999	29 (B, F,), studenți și absolvenți de facultate. 2 grupe: anxietate ridicată (N=15), anxietate scăzută (N=14) (STAI)	- interviu - *Tsubo Imagery Psychoilterapy*	» grupul cu anxietate ridicată a avut dificultăți mai mari în evocarea imaginilor confortabile și a celor confruntative. comparativ cu grupul cu anxietate scăzută
Mauer, Bumett, Oul Ierte, Ironson și Dandes, 1999	60 {49 B și 11 F) intervenție chirurgicală a mâinii	- tratament uzual (G 1) - tratament uzual și hipnoză (incluzând *Rapid Induciion of Analgesia script)* (G2)	• G2 a evidențiat scăderi semnificative ale intensității durerii percepute și a anxietății-stare • progresul evaluat de medici a fost .semnificativ mai mare in G2 comparăriv cu Gl • G2 a avut semnificativ mai puține complicații medicale decât Gl

Autori, antă	'•;7'^i§iM^;;;;;;;.	Metoda	:^mm^^m&aim^m0P''
Stcggles, 1999	**2** (P, **54 a, 58 a)** paciente eu cancer ce **urinau ierapie cu** - radiații	**hipnoza ca element esențial al tratamentului** cognitiv^comportamen- **tal pentru claustrofobie**	• **răspuns favorabil la: tratamentul psihologic.** • finalizarea terapiei de iradiere
Ffrench. 2000	**l(B,27ă)** : **PTSD ••„**	hipnoză combinată cu **terapie cognitiv-compor-tamentală (8 ședințe)**	•••• **reintegrarea experienței - traumatice .** • **eliminarea fragmentarii sinelui**
Takaishi, 2000	**- 93 (media 32.5a).,** pacieiiți **psihiatrici cu** tulburare de anxietate. **distribuiți în 2 grupe -29 pacienți pe lista de așteptare** **- 19 subiecți rteanxioși**	**- *training* autogen, (G1;N=50).. - relaxare progresivă (G2;N=43.) Program cu aceeași** . durată (6 săptămâni), frecvență săptămânală **a sesiunilor, același** - terapeut	•' **descreștere semnificativ mai mare a nivelului de prin training - autogen față de relaxarea progresivă** • ***irmning-ul*** **autogen este o metodă** de relaxare mai facilă decât **relaxarea progresivă pentru pacienții cu tulburări de anxietate**
.Garyin, Trine, Morgan, 2001	**45 (media 21.5a) subiecți sănătoși**	**hipnoză, relaxare autogenă, odihnă**	• **reducerea semnificativă a anxie-tății și â tensiunii în urina • fiecărei intervenții •••'.•'** • **alterări tranzitorii ale inhalării de oxigen în timpul solicitărilor din** cadrul hipnozei •-
.Uoulios',2'001	**1 (B), PTSD-**	hipnoză	• **depășirea rezistenței la tratament**
Moore, 2001	**l(F;24a) , PTSD . . .**	hipnoză	• **eliininarea/&M'?6ocĂ-uriIor, a** trăirilor de ncsiguranjă și a **tulbură-rilor de somn** •> • recadrarea experieniei • **reluarea serviciului**
Morgan, 2001	**1 (F, 26a). gravidă in luna a 9-a fobie de ace** și proceduri medicale dureroase	**hipnoză de scurtă durată' -**	• **eliminarea fobiei si a anxietății. "**
Morgan, 2001	**I (F, 47 a) fobie specifică, situațio-nală. de a conduce sau a.,** fi pasagera într-un vehi-cui cu motor .	**hipnoză**	• **facilitarea desensibilizării.** • **amplificarea rezultatelor prin. introducerea elementelor de** implicare imaginativă . .. •.-,...• •„
Schreiber, 2001. ..	**3.(28.***59,***68**a). • ..•• teamă puternică **de zbor •**	**hipnoză . • • • •**	« **îmbunătățirea atimdinii și a comportamentului legate de zbor** • **menținere rezultatelor la 2 ani dupăintervenție • '•**

Tabelul 3. ***Studii asupra eficientei hipnoterapiei*** *persoanelor depresive*

Autoriza	***W%W$fâS®*şM.*** ^ g ^ J ţ M J â S ^ ^ ţ J	*r;Kiri-W- :,:* '\ **Rezultat?**
McMaster, 1996	**1(B,19a) depresie majoră,-** - ideaţie suicidară	**intervenţie hipno-cogniti-v-comportamentală**	• **eficientă a hipnozei ca adjuvant al abordărilor cognitive şi comportamentale**
McCloskey, **Kuroar 51** Pekala, 1999	**465 studenţi**	măsurători ale **susceptibilităţii hipnotice; . inventar al** >, .; . • fenoraeHOldgier conştiinţei	• **anhedonia fizică a prezentat o corelaţie negativă redusă,** dar **semnificativă cu hipnoţizabilitatea** , < .< ,. • **hipnoza a facilitat diminuarea trăirilor de. tristeţe, în special la cei cu depresie cronică'**
Mcdd,.>19?9 :	**1(B);** depresie, anxietate, **dureri musculare,** dr^ri; ^asmodice. ale "corpului' .	hipnoză	• **depresie şi anxieta'e neglijabilă, dar numai în cursul hipnozei** • **reducere uşoară a tensiunii**
Pearce, 1999	**1 (B,27a)** anxietate de examen, depresie, nervozitate extremă!»,.. • .	intervenjie hipnotică şi vizualizare	•' **îmbunătăţirea treptata a condiţiei generale** • **calificarea în urina examenului**
Besteiro şi Garcia, 2000	**depresie majoră** •	ţ **terapie eognitiv-com-.. jsortamentală (Gl)** **- terapie cogiiîtiv-** comportamentalâ **combinată cu *irainîng*** de relaxare sau hipnoză	• **terapia cognitiv-compoitamcntală este mai eficientă când e aplicată în condiţii de hipnoză, decât asociată cu relaxarea saii. singură**
Degun,2001	PTSD cronic depresie severă .	**- • • •*eiapa. 1:*° stabilizare prin psihoeducaiie şi - abordare cognitiv-com:** portamentală cu hipnozi - ***etapa 2:*** **reprocesarea materialului traumatic** prin metode hipnotice şi : **reevaluarea cognitivă: a evenimentelor traumatice, -vise hipnotice** - ***etapa 3***: integrarea amintirilor şi reabilitare	***•• eliminareasimptomelor** • **recuperarea contactului social şi . emoţional cu familia şi prietenii.**
.0111/2001,^	**40 pacienţi nespitalizâţi seropozîayi totpâiţifi. în 2 grupe :"•;•»•;_ :•**	- **intervenţie hipnotică ertcksoniană incluzând audierjeajde casete. hip» notiCe-(acestea cuphn deauWgestiiilirecte şi indirecte pentru elibe-rarea** de stres, metafore pentru însănătoşire, • ***ceping*** **activ şi utilizarea** resurselor interne in **confruntarea cu probleme cotidiene (CI)** **- doar evaluare (02).**	• **frecventa ascultării casetelor a corelat cu modificările titrului viral (r= -.50, p= .05). Ascultarea frecvenţă a redus titrul vital** • • **subiecţii cu.un nivel de bază mai ridicat al celulelor CD4 au evidenţiat reducerea . depresiei (r= -.44, p = .01). a oboselii " (r= -.35, p=049), ă tulburării globale â "• "' dispoziţiei (r= -.40, p= .023) în mai mare măsură decât cei cu nr, scăzut de** celule CD4 • **subiecţii cate au redus depresia i/=. -.50, p< ,01), oboseala (r= -.35, p= .Q5>iŞi** , . tulburarea globală de dispoziţie (r= **-.44, p= .01) au ayut tendinţa unui nr. mai mare de celule CD4 la post-test** • **s-a evidenţiat o relaţie puternic semnificativă între nivelul de bază al distrcsului {r= .36, p== .04) şi furie (r= .55, p= .001) cu creşteri ulterioare a încărcăturii virale** . .

ANEXA 1

Inducerea rapidă a analgeziei hipnotice

(Joseph Barber, 1977)

Aș dori să-fl vorbesc câteva momente pentru a vedea dacă {i-ar plăcea să *te simți* mai destins și relaxat decât poți să te simți în mod obișnuit. Ți-ar place să ie simți mai destins decât ești acum ?

Sunt foarte sigur că Ji se va părea că n-am făcut nimic, sg nu s-a întâmplat absolut nimic. Poți să te sim|i puțin mai relaxat, dar mă îndoiesc că vei putea percepe alte schimbări. Mi-ar plăcea totuși să observi dacă te surprinde ceva, indiferent de ceea ce poți remarca. De acord, deci... cel mai bun mod de a începe să te simți mai relaxat este pur și simplu să începi prin a te așeza imediat cât mai confortabil cu putință... haide, așază-te în poziția cea mai confortabilă cu putință... este bine- Acum, aș vrea să remarci cât de relaxat poți să te simți doar printr-o singură și profundă inspirație. Haide... amplă, profundă, satisfăcătoare inspirație... Este bine. Poți deja remarca cât **de bine te simji...** cum ți se pare că umerii și gâtul se încălzesc... Acum deci... mi-ar plăcea să inspiri profund de încă patru ori, inspirații profunde și relaxante... și, în timp ce fiecare inspirație este urmată de o respirație profundă, remarcă doar cât de relaxați pot deveni umerii... și observă cum ochii ți se par destinși în timp ce se închid... și atunci când se închid... lasă-i pur și simplu să se închidă... Este bine așa... observă acest lucru... și remarcă de asemenea cum, în timp ce lași să iasă aerul din plămâni, poți resimți această relaxare în care începi să te scufunzi...

Bine, este bine... acum, în timp ce continui să respiri confortabil... profund... regulat..., tot ceea ce aș dori să faci este să-ți imaginezi... o scară. Imaginează-ți doar o scară, indiferent ce fel de scară... cu 20 de trepte, iar ni pe treapta de sus... Nu este nevoie să vezi cele 20 de trepte în același timp, poți vedea doar câteva din ele sau toată scara dintr-o dată, faci cum vrei... Este bine așa... ești pe treapta de sus a scării și vezi treapta pe care stai și, de asemenea, indiferent care este această treaptă... orice vezi este bine... Acum, în câteva momente, dar nu chiar imediat, voi începe să număr, clar și cu voce tare, de ia 1 la 20 și... așa cum probabil âi ghicit deja... atunci când voi număra aș dori ca, după fiecare număr, să cobori câte o treaptă pe această scară.,. Să poți să te vezi coborând, să te simți coborând, coborând, treaptă cu treaptă, coborând câte o treaptă la fiecare număr pe care îl voi pronunța. Tot ceea ce vei avea de făcut este să remarci, doar să remarci, să remarci că te sim(i mai **destins** și mai relaxat, cu fiecare treaptă, pe măsură ce cobori... câte o treaptă pentru fiecare număr pronunțat, cu cât numărul va fi mai mare cu atât te vei găsi mai jos pe scară... cu cât te vei găsi mai jos pe scară cu atât te vei simți mai destins... o treaptă pentru fiecare număr.,, este bine așa, poți începe să te pregătești... Acum voi începe.

Unu... o treaptă către baza scării...

Doi... cobori acum pe a doua treaptă, este bine așa...

Trei... cobori acum pe a treia treaptă... și remarci poate, deja, că te simți mai destins... Mă întreb dacă nu există părți ale corpului tău pe care le simți mai relaxate decât celelalte... poate că

umerii tăi se simt mai relaxați decât gâtul... poate că picioarele talc se simt mai relaxate decât brațele... nu știu nimic despre acest lucru și asta nu arc într-adevăr nici o importanță... ceea ce contează într-adevăr este să te simți bine... să te simți destins... asta contează...

Patru... cobori treapta a patra, simți poate deja cum părți din corpul tău încep să se relaxeze... Mă întreb dacă relaxarea profundă, greutatea apăsătoare pe care o simți la nivelul frunții nu începe să se extindă... ea coboară progresiv, îți cuprinde ochii, fața, gura, bărbia... alunecă și-ți cuprinde gâtul, profund, odihnitor, puternic... relaxarea.

Cinci... cinci trepte spre baza scării... un sfert de drum... ai coborât un sfert de scară și începi deja, poate, cu siguranță, să simți într-adevăr și să apreciezi relaxarea și starea plăcută pe care le-ai obținut...

Șase... cobori acum pe a șasea treaptă... și începi poate să remarci că sunetele care te deranjau poate mai devreme se estompează progresiv... că toate sunetele pe care mai poți încă percepe devin parte integrantă din impresia de destindere și de stare plăcută... tot ceea ce poți să mai percepi se integrează în experiența ta în legătură cu starea de relaxare și de bine...

Șapte... șapte trepte coborâte... Este bine așa... poale că remarci faptul că senzația intensă de relaxare și de bine se propagă în umeri și în brațe... Mă întreb dacă n-ai remarcat că unul din brațe parc mai greu decât celălalt... poate că simți brațul drept mai greu decât cel stâng... asta contează mai puțin... fii mulțumit că devii din ce în ce mai conștient de această senzație relaxantă de greutate și de bine, de greutate sau poate de plutire... este o senzație de greutate sau de plutire"!... Cu siguranță că eu nu știu acest lucru, dar nu arc nici o importanță...

Opt... cobori acum pe treapta a opta... și poate remarci că, pe măsură ce te relaxezi, inima ta pare că bate mai repede și mai puternic decât te-ai așteptat... poate că observi înțepături în degete... poate că te surprind tresăririle pleoapelor...

Nouă... cobori acum treapta a noua, respiri confortabil, lent, profund... Te relaxezi și remarci această greutate în care te scufunzi, în timp ce continui să percepi această senzație de relaxare profundă, apăsătoare, agreabilă care continuă să se extindă în tot corpul...

Zece... zece scări acurn?.. la mijlocul scării, întrebându-tc poate ce ți se va mai întâmpla și poate întrebându-te dacă într-adevăr ți se va întâmpla ceva... și totuși, știind că asta n-are nici o importanță, simțindu-te atât de plăcut relaxat și liniștit, continuând doar să simți relaxarea, cu senzațiile sale de destindere, de bine, care continuă să se răspândească în tot corpul...

Unsprezece... cobori acum pe a unsprezecea treaptă... remarcând poate în ce măsură te simți din ce în ce mai greu, din ce în ce mai destins, nu mai există nimic care să te deranjeze, nimic care să te tracaseze, în timp ce simți că devii din ce în ce mai relaxat...

Doisprezece... Douăsprezece trepte coborâte... și mă întreb dacă îți dai seama în ce măsură poți auzi cu ușurință sunetul vocii mele... în ce măsură poți înțelege cu ușurință cuvintele pe care le rostesc... fără nici o greutate și fără nici o grijă...

Treisprezece... cobori acum pe treapta a treisprezecea, simțind din ce în ce mai profund impresia unei adevărate plăceri care însoțește această destindere, această relaxare...

Paisprezece... cobori acum pe treapta a paisprezecea... remarcând probabil impresia de scufundare, agreabilă și odihnitoare... corpul tău pare că se scufundă, profund, mai profund în fotoliu, fără nici o grijă, nimic nu te deranjează... fotoliul te susține și te învăluie cu căldura sa, confortabil...

Cincisprezece... cincisprezece trepte acum... trei sferturi din drum, din coborâre.,. profund.. din ce în ce mai profund destins... nu trebuie sâ faci nimic... doar să-ți facă plăcere si să apreciez situația...

Șaisprezece... cobori acum pe cea dc-a șaisprezecea treaptă... întrebându-te poate ce vei simț; atunci când vei fi la baza scării... și totuși, știind cât de mult te simți din ce în ce mai pregătit sâ devii din acest moment din ce în ce mai profund relaxat... din ce în ce mai confortabil destins. ncavând nimic care să te deranjeze, sâ te distragă sau să te tracaseze....

Șaptesprezece... cobori acum pe treapta a șaptesprezecea... din ce în ce mai aproape de baza scării, simțind poate cum îți bate inima din ce în ce mai puternic, simțind probabil greutatea din brațe și din picioare, care devine din ce în ce mai agreabilă... știind că nimic nu contează cu adevărat decât plăcerea pe care o obții din această experiență de relaxare binefăcătoare, neavând nimic care să te deranjeze sau sâ te distragă...

Optsprezece... cobori acum pe cea de-a optsprezecea treaptă... ai ajuns aproape la baza scării, nu mai ai nici griji nici necazuri, nimic care sâ te deranjeze sau să te distragă și continui să cobori din ce în ce mai profund, din ce în ce mai profund relaxat... corpul greu... greu și destins... comod și relaxat... N-ai nimic special de tăcut, pe*«imem de mulțumit, de satisfăcut... doar să remarci cât de greu și de relaxat te simți, în ce măsură te poți simți bine și poți continua să simți modul lent și odihnitor, odihnitor, odihnitor și agreabil în care continui sâ respiri...

Nouăsprezece... nouăsprezece trepte coborâte... aproape ai ajuns la baza scării... nimic nu te tracasează, nu te deranjează... în timp ce te simți din ce în ce mai bine, din ce în ce mai relaxat. din ce în ce mai odihnit... din ce în ce mai bine... doar atent... și acum...

Douăzeci... este baza scării... profund, profund relaxat... și această relaxare se aprofundează încă cu fiecare inspirație... în timp ce-ți vorbesc câteva momente despre un fenomen despre care știi destule lucruri... este vorba de a-ți aminti și a uita... știi destule lucruri despre aceasta, deoarece sunt fenomene la care recurgem în mod regulat... îți aduci aminte de fiecare moment al fiecărei rile... și apoi uiți ca să poți să-ți amintești altceva... nu poți să-ți aduci aminte totul, totul deodată, așa că lasă câteva amintiri să se întoarcă liniștit în profunzimile spiritului tău... Mă întreb, de exemplu, dacă îți aduci aminte ce ai mâncat ieri la micul dejun... pariez că efortul pentru a regăsi această amintire este prea mare, deși această amintire este acolo... acolo... undeva, îngropată profund în străfundul spiritului tău... nu-i nevoie să-ți amintești, așa cum nu-ți vei aminti... și mă întreb dacă vei fi mulțumit să constați că lucrurile despre care vorbim astăzi. în timp ce ochii îți sunt închiși, îți vor reveni în memorie mâine sau poate poimâine... sau poate peste o săptămână... mă întreb dacă vei decide să lași amintirea acestor lucruri să se odihnească liniștit în profunzimea spiritului tău... sau dacă ți le vei reaminti gradat, puțin câte puțin... sau poate deodată, fiind încă acolo, într-un colț al spiritului tău... poate vei avea surpriza sâ descoperi că sala de așteptare a dentistului tău este locul unde amintirile revin la suprafață... poate că nu... poate că vei remarca că este mai plăcut să-ți amintești într-o altă zi despre tot ceea ce s-a întâmplat... asta n-arc importanță... n-are deloc importanță... orice a-i face, dacă totuși alegi sâ ți le reamintești... este bine... absolut natural... acest lucru n-are nici o importanța... că-ți vei reaminti deodată sau gradual... complet sau doar parțial... sau că vei lăsa această amintire sâ se odihnească liniștit și confortabil într-un colț ascuns al memoriei... acest lucru nu contează deloc... și, de asemenea, mă întreb dacă vei remarca că te vei simți surprins să constați în ce măsură vizita ta aici, astăzi, este mai plăcută șt mai agreabilă decât ți-ai putut imagina... Mă întreb dacă vei remarca spre marea ta surpriză... că nu mai simți nici o altă senzație... poate te vei simți intrigat de această impresie surprinzătoare... curiozitate... surpriză...

Mă întreb dacă vei fi mulțumit sâ constați acest lucru astăzi... și în oricare altă zi... de fiecare dată când îți vei sprijini din nou capul pe scaunul dentistului... când îți vei simți capul odihnindu-se...

îţi vei reaminti în ce măsură te simţi bine şi destins astăzi... şi vei resimţi din nou aceeaşi impresie... şi te vei simţi chiar mai destins şi relaxat decât acum... destins... relaxat... nimic care să te tracaseze, nimic care să te deranjeze... mă întreb dacă îţi vei reaminti de asemenea de starea de bine şi de relaxare, doar privind lumina de deasupra capului tău... poate această stare de bine şi această relaxare ar putea reapărea, rapid şi în mod automat, cu orice ocazie în care a-i fi pe punctul de a te aşeza în acest scaun... nu ştiu exact cum ţi se va părea... Ştiu doar, aşa cum probabil ştii şi tu, că această stare va reapărea, spre marea ta surpriză, mai agreabilă încă, mai relaxantă încă, mai odihnitoare decât poţi să-ţi imaginezi... nu vei avea nici o grijă, nici o problemă... Orice ai putea să percepi sau să remarci va face parte din senzaţia ta de confort, de bine, de repaos, de repaos absolut şi de relaxare... orice lucru pe care ai putea să-l percepi poate face parte din impresia de mare confort şi bine absolut... şi vreau să-ţi aduci aminte că, de fiecare dată când îţi voi atinge umărul drept, aşa ca acum... de fiecare dată când acest lucru se va întâmpla, şi doar atunci când se va întâmpla... de fiecare dată când îţi voi atinge umărul drept aşa ca acum... vei simţi o senzaţie particulară.;, impresia că eşti pregătit şi gata să faci ceva... de iîecare dată când îţi voi atinge umărul drept, aşa ca acum... vei avea impresia că eşti pregătii să-ţi închizi ochii... poate impresia că eşti gata să te relaxezi mai puternic, că nu este nimic care să te tracaseze, nimic care să te deranjeze... poate că eşti pregătit să faci ceva... acest lucru n-are importanţă... nimic n-are într-adevăr importanţă decât impresia ta de confort, de bine, de relaxare... un confort profund, profund, de relaxare absolută... tară nici o grijă, nici o tracasare... este bine... şi acum, în timp ce continui să profiţi de starea de relaxare agreabilă şi confortabilă, mi-ar plăcea să remarci cât este de bine să te simţi astfel... să-ţi placă intr-adevăr această experienţă, să-ţi placă senzaţiile pe care le simte corpul tău... şi, la un moment dat, dar nu încă... nu înainte de a fi gata... dar la un moment dat, voi începe să număr de la 20 la unu... şi vei urca din nou treptele... o treaptă pentru fiecare număr... vei avea timpul de care ai nevoie... timpul este relativ până la urmă... te vei simţi pe cale de a urca din nou treptele lent şi într-un mod agreabil, o treaptă pentru fiecare număr pe care îl voi anunţa. Când voi ajunge la trei, ochii tăi vor fi gata să se deschidă... când voi ajunge la doi... ei vor fi deschişi... şi când voi ajunge la unu, vei fi ager, treaz, proaspăt şi vioi... poate ca si cum ai fi făcut o mică siestă... ager, revigorat, destins... şi, deşi destins şi relaxat te vei simţi ager... în plină formă... poate surprins... nu te grăbi, vei avea tot timpul, în timp ce urci din nou aceste trepte odihnitoare...

20... 19... 18... foarte bine, tocmai urci din nou treptele... pregătit să fii surprins, ştiind ceea ce ai mâncat ieri şi încă... If»... 16... 15... un sfert de drum, din ce in ce mai repede... 14... 13... 12... 11., .10... eşti la mijlocul drumului... din ce în ce mai repede... destins, dar din ce în ce mai repede... 9...8...7...6...5...4...3... este foarte bine... 2...şi 1... este foarte bine... eşti cu desăvârşire treaz, ager, relaxat, proaspăt şi vioi... Este foarte bine.

Cum te simţi? Relaxat? Destins?

ANEXA 2

Scala de imaginație creatoare Wilson-Barber

Aspecte ale sugestîbilității în starea de veghe

Instructaj introductiv

Scopul acestui exercițiu este sâ determine capacitatea voastră de a vă transpune în diferite situații. Testul se adresează îndeosebi imaginației voastre.

Vă vom prezenta imediat 10 situații posibile pe care va trebui să vi Ie imaginați ca și cum ar fi reale. în final vrem să verificăm gradul în care veți reuși să vă transpuneri efectiv în situațiile concrete sugerate.

Nu există rezultate bune sau rele, există grade diferite de transpunere.

Singurul lucru pe care vi-1 cerem este sâ liji foarte atenți, foarte serioși, pentru că altfel nu reușim să realizăm, nici noi nici voi, obiectivul propus.

1. Greutatea brațului

Lăsări-vâ conduși de aceste instrucțiuni și veți simți că oranj) și mâna voastră sunt grele. închideri, vă rog, ochii și întindeți brațul stâng în față, la înălțimea umerilor cu palma în sus. Acum închipuiti-vă că pe palma întinsă este pus un dicționar foarte greu. Imaginați-vâ realmente greutatea dicționarului. Este suficient să vă gândiți la greutatea acestei cărți foarte groase și o sâ simțiți cum vă apasă în jos. Concentrați-vâ la dicționarul mare și greu simțind cum apare senzația de greutate.

Acum gândiți-vă că un al doilea dicționar, mare și greu, este plasat deasupra primului dicționar, observați cât de greu îi vine brațului vostru să susțină dicționarele. Susțineți dicționarele, gândindu-vă la greutatea volumelor și observați cum brațul vostru devine tot mai greu, rezistând apăsării.

Imaginați-vă cum un al treilea dicționar, marc și greu, se adaugă celorlalte și că brațul devine și mai greu. Aveți senzația că, realmente, țineți pe palma întinsă 3 dicționare grele, iar brațul devine greu, din ce în ce mai greu, foarte greu (pauză 1' 10").

Acum, brațul și palma voastră nu mai sunt grele. Coborâți brațul și relaxați-vă.

2. Ridicarea mâinii

Vâ rog să vă concentrați asupra instrucțiunilor pe care vi Ic voi da în continuare. Veți simți cum brațul drept devine ușor, ridicându-sc (ară efort. Țineți ochii închiși și întindeți braftil Ia înălțimea umărului, cu palma în jos (cronometrare).

Acum, imaginați-vâ un furtun de grădină, cu un jet puternic de apă, care țâșnește spre palma întinsă împingând-o în sus. Gândiți-vă la jetul puternic de apă și vizualizați cum palma se ridică sub presiunea apei. Simțiți șuvoiul de apă sus, tot mai sus. Un șuvoi puternic de apă vâ împinge mâna în sus, tot mai sus, vă ridică brațul și palma din ce în ce mai sus, foarte sus (pauză 1 '10").

Acum, gândiți-vă că tot ce s-a întâmplata fost în imaginația voastră. Lăsați brapil jos și relaxati-1.

3. Anestezia degetului

în continuare concentrându-vă, vă puteți provoca în degete o senzație de amorțeală. Puneți deci mâna stânga pe genunchi, cu palma în sus. Țineți ochii închiși și concentrați-vă intens asupra tuturor senzațiilor apărute în degetele voastre (cronometrare).

Încercați să vă imaginați că vi s-a injectat novocaină în palma stângă și simțiți cum degetul mic începe să vă amorțească. Concentrați-vă asupra degetului mic. Fiți atenți la fiecare senzație, la fiecare schimbare pe care novocaină începe să o producă în degetul mic, cum aceasta pătrunde încet, încet în țesuturi. Observați micile schimbări care fac ca degetul mic să devină mai amorțit, mai insensibil. Degetul mic amorțește pentru că vă gândiți cum novocaină circulă încet în interiorul lui. Acum imaginați-vă cum novocaină intră în degetul inelar, Gândiți-vă că degetul inelar devine din ce în ce mai insensibil, tot mai amorțit, simțiți cum novocaină își face efectul. Gândiți-vă că cele două degete încep să semene din ce în ce mai mult cu două bucăți de cauciuc care nu mai au nici o sensibilitate, urmărind în gând efectul novocainei care circulă tot mai repede, că degetele devin insensibile, și mai insensibile...tot mai amorțite... amorțite... fără senzații. Continuați să vă gândiți la faptul că degetele voastre sunt insensibile, amorțite, că nu aveți nici o senzație când le atingeți cu degetul mare al mâinii. Dacă ați atinge cu degetul mare cele două degete, ați remarca cât sunt de insensibile, de amorțite, tot mai amorțite... mai insensibile... amorțite... inerte... (pauză !' 10").

Acum spuneți-vă că totul este în închipuirea voastră. Reîncepeți să simțiți normal. Cele două degete s-au dezmorțit. Relaxați-lc.

4. Halucinația apei

Țineți ochii închiși. Folosindu-vă imaginația, veți trăi senzația de apă rece, răcoritoare (cronometrare).

Mai întâi închipuiți-vă că ați stat în soare foarte mult timp și că vă este foarte sete, buzele sunt foarte uscate, sunteți foarte însetat. Acum, închipuiți-vă că sunteți pe un munte, unde zăpada se topește, formând un șuvoi de apă curată și rece. Cufundați o cană în acest șuvoi de apă de munte pentru a bea din apa rece și răcoritoare. Gândiți-vă că sorbiți această apă și observați cât este de plăcut să o simțiți alunecând pe gât, rece, bună, plăcută. Simțiți răcoarea ei, simțiți cât este de bună apa pe care o beți. Acum gândiți-vă că ați luat o altă înghițitură pe care o simțiți pe buze, în cerul gurii și pe gât. Simțiți cât este de proaspătă, răcoritoare și bună; o nouă înghițitură... atât de proaspătă... de rece... bună... Foarte bună și răcoritoare. Imaginați-vă cum pătrunde în gură, pe gât, atât de bună, de rece și plăcută... o reală plăcere! (pauză 1' 30").

5. Halucinația olfactiv-gustativă

Țineți ochii închiși. Imaginați-vă că simțiți mirosul și gustul unei portocale (cronometrare).

Închipuiți-vă că luați o portocală și o curățați. Creați imaginea portocalei, încercați să vă gândiți cum o curățați. Simțiți și vedeți coaja, pulpa moale și albă de sub coajă. Continuați să curățați coaja, remarcați cât de frumoasă și zemoasă este portocala. Simțiți-i mirosul, gustați-i suculenta atingând-o cu buzele. Gândiți-vă acum că apucați cu degetele una sau două felii de portocală. Luați o felie de portocală și mușcați cu poftă din ea. Simțiți cât este de suculentă, zemoasă și aromată. Imaginați-vă că mușcați o bucată mare, mare de tot. Simțiți gustul și mirosul portocalei și remarcați cât este de delicioasă. Simțiți cât este de bună, zemoasă, gustoasă. Este cea mai bună portocală, cea mai suculentă, cea mai zemoasă și cea mai gustoasă. Simțiți gustul și mirosul portocalei, mușcând din nou din această zemoasă portocală (pauză 1' 30").

6. Halucinația muzicii

Țineți ochii închiși (cronometrare).

Amintiți-vă acum de un moment în care ați auzit o muzică vibrantă, minunată, amintiți-vă... o puteți auzi din nou mai încântătoare în mintea voastră... o puteți trăi la fel de intens ca pe o muzică reală. Melodia devine tot mai puternică, se aude tot mai tare... penetrantă... afectându-vă profund. Este cea mai frumoasă, mai vibrantă, copleșitoare muzică pe care ați auzit-o vreodată. Ascultați-o ca și cum ar cânta în mintea voastră (pauza 45").

Reveniți. Nu vă mai gândiți la muzică.

7. Halucinația temperaturii

Țineți ochii închiși și puneți mâinile pe coapse, cu palmele în sus, într-o poziție confortabilă. Concentrați-vă și vă veți simți palmele fierbinți (cronometrare).

Imaginați-vă cum soarele strălucește deasupra mâinilor voastre și veți simți căldura. Gândiți-vă la soarele care strălucește cu putere, simțiți cum căldura se intensifică. Simțiți soarele tot mai fierbinte, simțit' căldura ce trece prin piele, încălzindu-vă mâinile.

Acum, gândiți-vă că mâinile devin cu adevărat fierbinți, chiar foarte fierbinți. Simțiți tot mai evident căldura pe mâini. Gândiți-vă că soarele devine foarte, foarte fierbinte și pătrunde în mâini. Mâinile devin tot mai fierbinți. Spuneți-vă: razele se intensifică... căldura se intensifică... se face tot mai fierbinte și mai fierbinte. Simțiți căldura pe piele. Simțiți cum căldura pătrunde în piele și, pe măsura ce razele soarelui se intensifică și se concentrează tot mai mult, mâinile devin tot mai fierbinți. Simțiți cum mâinile devin tot mai fierbinți de la căldura soarelui. Este un sentiment plăcut de căldură, ce vă pătrunde adânc în mâini... o căldură puternică vă cuprinde acum mâinile. Este o senzație de căldură plăcută și puternică (pauză 1' 15").

Acum, spuneți-vâ că totul este închipuire și încercați să vă simțiți din nou mâinile ca înainte, normal.

8. Deformarea timpului ***.

Țineți ochii închiși. Controlați-vă gândurile. Veți putea face ca timpul să se scurgă încet, tot mai încet (mai departe se va citi progresiv, tot mai rar, prelungind cuvintele și cu pauze de 2-6 secunde între propoziții) (cronometrare).

Spuneți-vă că există multe clipe, multe clipe între secunde. Timpul se prelungește și sunt multe clipe... tot mai multe clipe... tot mai multe clipe după fiecare secundă. Fiecare secundă se prelungește mult, mult... se prelungește tot mai mult... sunt multe clipe... este așa de mult timp... fiecare secundă se dilată, sunt multe clipe după fiecare secundă... multe clipe. Lăsați timpul să curgă încet (pauză 1' 40").

(In continuare se citește normal.) Și acum spuneți-vă că timpul se scurge cu o viteză normală. Trecerea timpului se normalizează.

9. Regresia de vârstă

Țineți ochii închiși. Conccntrați-vă gândurile pentru a vă putea aminti sentimentele încercate în perioada școlii generale (ci. I, U etc.) (cronometrare).

Gândiți-vă că timpul se întoarce în trecut, în perioada școlii generale. Simțiți că deveniți mic, tot mai mic, vă simțiți mâinile mici, picioarele și corpul sunt și ele mici, întoarceți-vă în timp și imaginați-vă că sunteți așezat într-o bancă mare. Remarcați podeaua de dedesubt, imaginați-vă că mângâiați suprafața pupitrului. Pe ea simțiți niște semne, ori poate că banca este foarte netedă.

Ar trebui să găsiți adâncitura pentru creion și poate un creion mare și galben. Căutați în bancă și poate găsiți o ascuțitoare. Priviți-i pe ceilalți copii din jur, pe profesor, tabla, cuierul și ferestrele. Simțiți mirosul gumei și al creionului. Auziți, poate, pe profesor și pe copii vorbind. Acum priviți ceea ce se întâmplă în jurul vostru (pauză 1' 20").

Acum spuncți-vă că totul este închipuire și întoarceți-vă în prezent.

10. Relaxarea corpului și a gândurilor

Țineți ochii închiși. Lăsați-vă gândurile conduse Ue acest instructaj și vă veți putea relaxa gândurile și corpul (ceea ce urmează se citește rar) (cronometrare).

închipuiți-vă o zi călduroasă de vara, stând la plajă pe malul unui lac sau al mării. Vă imaginați stând întins pe nisipul fin sau pe un cearșaf de plajă moale și comod. Simțiți fierbințeala plăcută a soarelui și briza ce adie atingându-vă gâtul și fața. închipuiți-vă cerul albastru și limpede cu norii mici, pufoși și albi, mișcându-se leneș. Simțiți căldura calmă, penetrantă a soarelui și spuneți-vă că sufletul și trupul sunt complet relaxate și ușoare... liniștite... relaxate- relaxate... calme...

leneșe... liniștite.... Calm... confort... Mintea și trupul sunt complet relaxate... complet relaxate... calm, pace, liniște, în armonie cu universul (pauză 2' 50").

Cotare: *Răspunsurile se cotează pe o scală de la 0 la 4, unde 0 = incapacitatea totală, de a imagina situațiile descrise, iar 4 = capacitatea de a trăi situațiile descrise ca și cum ar fi reale.*

ANEXA 3

Metafora coridorului

Uneori, subconștientul nostru continuă să lucreze din greu pentru a ne proteja pe noi... Chiar atunci când ne-am explicat și am înțeles propria noastră nevoie de a face anumite schimbări, ne dăm seama că devenim șovăitori și ne-am putea întreba din ce cauză.

Subconștientul a învățat să se apere cu metode care au fost adecvate cu ceva timp în urmă și continuă să fugă de învinuiri și autoblamarc.

Când se întâmplă așa, este foarte util să folosim o metaforă, pentru că metafora este limbajul inconștientului. Am să descriu pentru tine o astfel de metaforă, acum. Vei putea apoi să o adaptezi, pentru a-ți urmări nevoile tale, în modul tău propriu.

De ce folosim metafore?

Imaginează'ţj că te afli chiar tu, la începutul unui coridor lung, foarte frumos. E ca un coridor al unui hotel extrem de elegant. E un coridor superb, cu lumini frumoase, cu piese de sculptură decorative, cu tablouri pe pereți; vezi acolo si plante decorative și un covor lung foarte frumos. Este un loc în care c minunat să te afli. Există multe uși prin care se poate intra din acest coridor în camere. Aceste uși sunt închise, dar ele pot fi deschise din coridor.

Deschiderea ușilor se află sub controlul subiectului

\fci face o plimbare dc-a lungul acestui coridor, călcând pe covorul superb, admirând sculpturile, picturile, florile și efectele luminoase. Poate există acolo o rază aurie de la soare, care sclipește și scaldă coridorul cu lumina ei strălucitoare.

Auriul este o culoare tămăduitoare

Din când în când, s-ar putea să te simți atras de una sau alta dintre ușile camerelor pe lângă care treci. Atunci când te simți atras de una dintre uși, acesta este un semnal pentru tine, din interiorul tău, că acea cameră trebuie vizitată de tine pentru anumite lucruri încă neterminate.

Lumina soarelui este o imagine tămăduitoare

R>atc fi ceva care c într-adevăr terminat, dar care trebuie pecetluit și lăsat să plece sau care are nevoie de o finisare formală. Ar putea fi ceva care trebuie eliberat. Ar putea fi în această cameră ceva ce ar fi minunat să vizitezi din nou, pentru a te bucura de această experiență din nou, de această amintire, oricare ar fi ea.

Pentru tine, din interiorul tău, - limbaj hipnotic

Ar putea fi în această cameră un lucru cu care mai trebuie să lucrezi, un lucru pe care l-ai amânat cândva și care așteaptă momentul potrivit.

Sunt tot felul de posibilități: într-o cameră ar putea fi ceva ce ai vrea să vizitezi din nou, în altă cameră, ar putea fi un lucru care

Frica e motivul principal pentru amânări. Acum ești în siguranță.

trebuie eliberat, în alta un lucru care trebuie completat şi pe care ai fi absolut protejat şi în siguranţă dacă l-ai completa ... chiar acum.

Poţi să faci ce ai de făcut, în ritmul tău, în acest coridor în care te găseşti. Acordă-ţi timpul de care ai nevoie şi atunci când te simţi atras de una dintre uşi, atunci poţi intra şi poţi vizita acea cameră.

Cel mai interesant lucru legat de această călătorie este că ai putea să te simţi puţin neliniştit în legătură cu o cameră sau cu unele dintre camere. Dar te asigur din nou că în cazul în care te simţi atras de una din camere, atunci să ştii că acum e momentul să faci ceva ... Dacă există zone care încă trebuie păstrate în subconştient, ele vor rămâne în subconştient şi vei trece pe lângă acele uşi, lăsându-le poate pentru a le vizita altă dată, într-o altă călătorie.

Protejare şi permisiunea de a trece mai departe.

Aşa că fii liniştit dacă te simţi atras de o cameră, pentru că acum este timpul pentru ca acea cameră să fie explorată, acum e momentul fie să te bucuri de ea, fie să eliberezi ceva din ea, fie să lucrezi asupra unui lucru din ea, fie să modifici sau să faci orice altceva.

la-ţi timpul de care ai nevoie. Ia din timpul hipnozei, atâta timp cât îţi este necesar şi din timpul arătat de ceas, ia câteva minute, pentru a vizita aceste camere. Poţi să faci asta în felul tău propriu.

Oamenii în hipnoză acceptă uşor distincţia între timpul hipnotic şi cel arătat de ceas. Este un exemplu legat de logica transei.

Atunci când ai terminat de vizitat o anumită cameră, întoarce-te în coridor. Ai putea la fel de bine să laşi uşa deschisă, sau să o închizi din nou, după cum vrei tu. Dacă există în cameră ceva ce trebuie lăsat liber, poţi să laşi uşa deschisă, la fel şi geamul, aşa încât ceea ce trebuie eliberat să fie într-adevăr liber. Ar putea fi o supărare veche, de exemplu o rană care, deşi s-a vindecat, păstrează acolo durerea; şt este acum vremea ca durerea să plece. Sau ar putea fi o neînţelegere din trecut care poate fi clarificată acum şi lăsată să plece.

Eliberarea

Unele camere pot fi agreabile şi ai vrea să le mai vizitezi .. ar putea fi acolo o scenă anume care s-a petrecut în copilărie sau un eveniment plăcut, trăit alături de un prieten, ceva de care îţi place să iţi aminteşti. Te poţi simţi cu uşurinţă ca atunci când erai exact acolo, în acea situaţie, bucurându-te de toate sentimentele pe care le aveai atunci, de toate emoţiile şi întâmplările care au făcut parte din acea situaţie.

Dacă este ceva cu care trebuie să mai lucrezi încă, vei fi tu însuţi surprins de uşurinţa cu care vei putea să acţionezi asupra acelui lucru, intr-un fel, va apărea o nouă perspectivă în mintea ta, un nou mod de a vedea lucrurile. Mă întreb ce anume este ? Poţi să fii foarte curios asupra acestor posibilităţi.

Limbajul hipnotic

Continuâ-ţi drumul pe acest coridor. Am să păstrez liniştea, în timp ce vet face acest drum...

2-3 min. după ceas. Subiecţii apreciază liniştea.

Acum. mai ai din timpul hipnozei atâta timp cât îți dorești, iar din timpul măsurat de ceas, mai ai cam jumătate de minut, așa că îți poți măsura propria vizită, știind că poți reveni oricând, înapoi, în acest coridor, și-l poți oricând rccxplora. Și, probabil, vei dori asta cândva, în viitor.

Oportunități care vor apărea.

Atunci când ai vizitat toate camerele pe care ai de gând să Ie explorezi dc data asta. ai să mă lași și pe mine să știu asta, respirând profund. Foarte bine.

De obicei, subiectul inspiră profund după circa un minut, iar dacă nu, inspir eu profund ca să-i amintesc.

Cât este de interesant faptul că o asemenea călătorie poate aduce înapoi, în mintea ta conștientă, lucruri care au fost în subconștient pentru atâta timp...

Te afli acum înapoi în coridor și ai vizitat deja camerele pe care le-ai avut dc vizitat dc data asta. Pe măsură ce te apropii de capătul coridorului îți dai seama că găsești acolo o joncțiune a coridorului, în forma literei T, astfel încât există o ieșire prin stânga și una prin dreapta. Mă întreb, pe care o vei alege? *Ce* știu, c că o vei alege pe cea potrivită pentru tine, în acest moment. Acest coridor pe care urmează să mergi este și el frumos și arc, la rândul lui, multe camere in care se poate intra din el. într-o zi ai putea să-ți dorești să te întorci și să le explorezi. Coridorul se află mereu acolo, pentru tine, oricând ți-ai dori să faci lucrul acesta.

Legătura cu următoarea transă.

Totuși, în acest moment, acest coridor, te va aduce înapoi în această cameră, în care te afli confortabil, în stare de hipnoză.

Se încheie cu modalitatea de ieșire din transă pe care o utilizează de obicei terapeutul.

Trei cutii

Vom discuta astăzi despre rezolvarea problemelor.

Comentariu introductiv util pentru orice sesiune de rezolvare a problemelor.

Uneori, când te învârti în cerc după ceva, este de mare ajutor să ai o idee năstrușnică pentru a rupe cercul.

Hipnoza este starea ideală atunci când se urmăresc astfel de soluții ale unor probleme, deoarece atunci când intrăm în hipnoză suntem deja cu un pas mai departe de problemă, si asta este deja util.

Aceasta este o hipnoză eficientă, cu destul de multe implicări ale conștientului. Subiectul tău poate remarca faptul că este altfel comparativ cu experiențele anterioare. Poți să-i explici de ce se simte astfel.

Astfel, este ușor de imaginat de ce și cum au fost identificate atât de multe modalități de rezolvare a problemelor care utilizează drept cadru hipnoza. Și, ca de obicei în hipnoză, cele mai bune sunt întotdeauna și cele mai simple. Cu siguranță, cea pe care am să o descriu astăzi este foarte simplă... aproape ca un joc de copii de grădiniță.

Aceste este principalul avantaj. întrucât este atât de simplă, ea poate fi adaptată pentru a se potrivi la orice problemă ; și, tot pentru că este atât de simplă, nu trebuie să-ți consumi energia cu *tehnica* în sine; îți poți direcționa toată energia pentru folosirea ci.

Lucrurile simple sunt adesea cele mai hune.

Pentru a face tehnica mai interesantă, gândește-tc la o problemă minoră din viața ta de zi cuj ă... ceva ce ți-ai dori să faci mai bine decât faci; nu o problemă de mare importanță - pe acelea le lași pentru atunci când vei avea mai multă experiență -, ci o problemă de gravitate mică pe care ai vrea să o rezolvi mai ușor. In timp ce eu descriu tehnica, poți să o aplici acelei situații și să o înțelegi lucrând, ceea ce ar fi mai util pentru tine.

Fă ca subiectul să fie mai degrabă participant decât ascultător (activ mai degrabă decât pasiv).

Primul lucru pe care trebuie să-1 faci utilizând această tehnică este să lași problema să se separe în toate părțile ei componente. Tu știi că, adesea, Când ne gândim la o problemă o privim în mod global, dar nu este așa niciodată: ea este alcătuită din multe lucruri, multe fațete, multe aspecte, multe puncte de vedere; ea este alcătuită din lucruri vechi și noi, lucruri importante și lucruri mărunte... șt toate aceste lucruri fuzionează pentru a crea o situație despre care noi credem că este problema. Astfel că primul lucru pe care trebuie să-1 facem este să lăsăm aceste elemente să se separe din nou.

„... aceste lucruri fuzionează pentru a crea..." va determina frecvent un declin momentan al atenției *voluntare.*

Curând vei afla că ele pot fi separate în trei grupe mari; imagincază-ți că vezi trei cutii. Prima cutie are eticheta: ALTE PERSOANE.

Dacă știi că persoana nu-și imaginează cu ușurință, spune doar: .creează în nuntea ta...".

în această cutie vei pune *roate elementele problemei* care sunt determinate de alte persoane. Ești, adesea, tentat să crezi că întreaga problemă este determinată de alte persoane, dar știm că nu este adevărat. Este adevărat, în orice caz că, de obicei, există unele elemente ale problemei care sunt determinate de alte persoane, și acestea sunt cele pe care le punem în prima cutie.

Subconștientul va recunoaște că pui doar *elementele problemei* în cutie, nu oamenii.
Negația este mai puțin importantă la acest nivel de implicare hipnotică. Folosește cu înțelepciune inflexiunea vocală.

A doua cutie are eticheta FAPTE. Vei pune acolo toate lucrurile care se referă la fapte. De exemplu, dacă este vorba de o dată limită, atunci data respectivă va fi pusă în a doua cutie; și, poate, însuși faptul că există o dată limită. Dar poate fi ceva în legătură cu persoana care a fixat data limită și, atunci, acest lucru trebuie pus în prima cutie. Poate fi ceva despre propria ta reacție la data limită care trebuie pus în cea de-a treia cutie. Este cutia care conține acele părți ale problemei, determinate de noi înșine, în cazul acesta aspecte ale problemei tale determinate chiar de tine.

Etichetează, așadar, cea de-a treia cutie cu NUMELE TĂU și pune în ea toate acele elemente ale problemei pe care TU le-ai determinat. De obicei, acestea sunt *reacțiile* noastre la unele lucruri: frica, durerea, mândria și furia, diverse experiențe trecute, speranțe și nevoi și așteptări... toate acele lucruri de care am vorbit anterior... precum și acele lucruri care sunt specifice pentru tine în această situație particulară. Toate merg in cea de-a treia cutie.

Acum, când ai separat toate elementele problemei, iar ele se află în cutiile adecvate, ia prima cutie, aceea etichetată ALTE PERSOANE și *arunc-o*. Să o arunci toarte departe, cât de departe poți, pentru că nu putem schimba alte persoane. Persoanele s-ar putea schimba, desigur, dar se vor schimba datorită nevoilor lor și motivațiilor lor, și nu datorită pretențiilor noastre și nici pentru a satisface cerințele noastre. De aceea, nu-ți pierde timpul și energia cu acele aspecte ale problemei care sunt determinate de alte persoane. Aruncă această cutie.

Motivul pentru care punem în cutii *elementele problemei* este că nu vrem să aruncăm oamenii (sunt de obicei persoane importante, părinți, soți, șefi etc). Nimănui nu-i place să se considere un om care pierde timp și energie.

La fel, ia a doua cutie, cea care arc eticheta FAPTE și arunc-o și pe ea, chiar mai departe decât pe prima, pentru că noi nu putem schimba faptele. *Situația* se poate schimba, dar asta este altceva: ai avea atunci un nou set de fapte. Acum, în această situație, acestea sunt faptele. Ele nu pot fi schimbate. Aruncă departe cutia.

Schimbarea *poate* avea loc.

Dacă privești mica ta problemă acum, vei găsi că are o configurație modificată. Este mult mai mică, pentru că tocmai ai aruncat **două părți mari din** ca. Dar *acea parte care a rămas este partea cu care ai șanse să FACI ceva!...* și știi și tu că, atunci când ai șanse să FACI ceva, este cu totul altfel decât atunci când te simți neajutorat.

Oamenii fac întotdeauna asociații la auzul acestei afirmații.

Și, în felul acesta, ajungem la cea dc-a treia cutie.

Aici poți să vrei să separi elementele puțin mai mult. De exemplu, pot exista unele părți ale problemei pe care tu le-ai determinat, dar pe care, într-adevăr, nu le poți schimba. Vârsta poate li un

O alegere personală.

astfel de factor, dacă are efect asupra unei probleme cum ar fi pensionarea; sau atunci când este vorba despre ceva care s-a **petrecut deja. Unii pun** aceste lucruri **în cutia cu FAPTE,** dar **alții le pun în a treia cutie, deoarece sunt atât de personale.**

Dacă există acolo astfel de elemente ale problemei pe care tu **(e-ai determinat,** dar pe care nu **le poți schimba... nu le-ai putea schimba, indiferent** cât de **mult ai dori, DACĂ ai dori, pune-le într-o cutiuță mică, separată, și trimite-le în zbor după primele două pentru că, iți amintești, urmează să-ți *conservi* timpul,** energia și resursele tale, pentru scopuri mult mai folositoare. decât să Ie risipești **pentru lucruri pe care nu le poți schimba.**

Menajează-i liniștea, deoarece subiectul poate să nu dorească deloc schimbarea, dar să-i fie greu să admită aceasta.

In al doilea rând - și e foarte important - pot exista unele elemente ale problemei pe care tu le-ai creat, pe care, pentru vreun motiv oarecare, în acest moment, *nu vrei să le schimbi*! Nu contează nici măcar care este motivul sau cum l-ar descrie **alții, (de exemplu ca egoist sau trivial); contează doar faptul că (u le recunoști. Acesta este setul de probleme care trebuie pus deoparte într-un loc special: un Ioc *accesibil,* de unde le poți lua și le poți reevalua, ori de câte ori va fi momentul potrivit** pentru line să faci asta.

Reasigurare că totul este în regulă.

Și astfel, în final, ai rămas cu foarte puține elemente ale problemei, poate doar unu sau două, pe care le-ai determinat tu și pe **care ești dispus să le schimbi.**

Aici încep de obicei **rezolvările constructive** ale problemei. **Găsește-le singur, percepe tu singur acea mică parte a problemei ; lucrul mărunt, modificarea mică pe care ai putea să o faci,** pentru început, sau ceva ce ai putea începe, sau poate ai putea **începe să oprești (de obicei în acest stadiu este cu atât mai bine cu cât este mai puțin).**

Nu este de așteptat ca schimbarea să se producă deodată.

O dată **ce te-ai angajat la această primă mică schimbare ai început rezolvarea** problemei **tale și, într-o zi, in curând, - foarte curând, vei fi surprins - te vei gândi la această mică problemă și vei spune; „Doamne, dar asta nu e o problemă la urma urmei! Este doar o situație de care mă pot ocupa foarte bine".**

„Poți să faci asta!

Și așa vei face.

ANEXA 4

Scala colectivă de hipnotizabîlitate Harvard

(Sftor şi Orne, 1962)

INTRODUCERE	COMENTARIU[1]
1. înclinarea irezistibilă a capului *Pentru a începe, mi-ar place să conştientizaţi ce simţiţi când reacţionaţi la sugestii fără să fiţi sub hipnoză. Asiguraţi-vă fiecare dintre voi, că sunteţi bine aşezaţi pe locurile voastre. Închideţi ochii şi destindeţi-vă, dar fără a vă înclina în faţă. Aşa! Ochii voştri sunt închişi şi sunteţi aşezaţi într-o poziţie ce menţine spatele drept. Rămâneţi în această poziţie, cu ochii închişi şi lăsaţi-vă cuprinşi de starea de destindere (30 secunde). Bine... Rămâneţi în această poziţie şi păstraţi ochii închişi menţinând spatele drept. Ochii închişi...*	Itemul 1 este un exemplu care trebuie să obţină din partea subiecţilor acceptarea exerciţiului. - se admite că sugestiile încep fără hipnoză. De la un moment dat. conceptul de hipnoză va fi necesar. - este vorba de consemne, adică de sugestii în sensul larg al cuvântului, care se adresează subiectului conştient şi din partea căruia se aşteaptă, pentru moment, răspunsuri voluntara.
Vă voi cere acum să vă gândiţi Ia propriul cap. Să vă gândiţi că el se înclină în faţă. După cum fără îndoială ştiţi, a gândi o mişcare şi a o executa sunt acţiuni strâns legate. Imediat ce vă veţi gândi că vi se înclină capul în faţă, veţi avea tendinţa de a face în mod real această mişcare. Veţi simţi într-adevăr capul înclinându-se irezistibil în faţă, din ce în ce mai mult, atât de mul! până va avea aspectul că vă atârnă inert de gât.	- aceste explicaţii demistificâ fenomenul. Se spune clar că *ideea* pe care şi-o face subiectul este la originea fenomenului (fenomen ideomotor), contrar obişnuinţei hipnotizatorilor tradiţionali care dau de înţeles că sunt depozitarii unor puteri. Vom vedea ulterior cum operatorul îţi va recăpăta ascendenţa sa. Totul se petrece acum astfel ca explicaţiile să dezamorseze rezistenţele posibile ale subiecţilor. Sugestia este fără replică: „Simţiţi capul vostru înclinându-se irezistibil în lată", - capul subiectului scapă de sub controlul voluntar.
Ascultaţi-mă cu atenţie şi gândiţi-vă că vi se apleacă în faţă capul, că el cade literalmente in faţă. Gândiţi-vă că se apleacă în faţă capul, că el coboară din ce în ce mai jos. Capul se apleacă în faţă, se apleacă în faţă. Din ce în ce mai jos, mai jos, capul se apleacă din ce în ce mai	- iată sugestii directe care se presupune a avea o putere cumulativă prin efectul repetiţiei. Primele au forma unei mstrucţii: gândiţi-vă la această mişcare (patru repetiţii). Apoi mişcarea

1. Godin, J., 1992

tnuit. Copul se apleacă spre piept. El alunecă in jos greu si destins. Capul este pe cale de a cădea, de a aluneca, de a se apleca în față, de a se apleca, de a aluneca, de a cădea decontractat, destins in față, in față, se apleacă, se apleacă, se apleacă.

este descrisă (21 de repetiţii în diverse forme apropiate : a se apleca, a aluneca, a cădea cu faţă in jos…, la care se adaugă cuvintele: destins, greu, decontractat, care au aceeaşi semnificaţie,

Bine! Puteți să vă îndreptați pe scaune și să deschideți ochii. Așa! Reveniți în poziția inițială și deschideți ochii. Ați văzut deci cum, gândindu-ne la o mișcare, avem tendința firească de a face acea mișcare. Se ajunge astfel la starea hipnotică învățând să dăm curs liber acestor tendințe de a acționa. Aveți deci acum o idee mai precisă despre ceea ce înseamnă a accepta o sugestie si a acționa în consecință.

- este introdusă o idee importantă: „hipnoza" înseamnă a da curs liber tendinţelor de a acţiona (!) Prin *implicare* se întăreşte ideea că există o stare de hipnoză şi se banalizează consecinţele.

2. **închiderea ochilor**

Acum, aș dori să vă așezați confortabil și să vă puneți mâinile pe genunchi. Așa! Lăsați mâinile să se odihnească pe genunchi. Acum priviți mâinile și alegeți pe una din ele un punct precis asupra căruia vă veți concentra atenția.

- inducţia propriu-zisă. In hipnoza tradiţională închiderea ochilor este asimilată inducţiei.
- fixarea atenţiei prin fixarea privirii este clasică.

Locul ales nu are importanță- Alegeți pur și simplu un punct oarecare. Pe acest punct precis pe care l-ați ales, îl vom numi țintă. Deci... mâinile destinse... priviți direct la țintă. Cuvintele pe care vi le voi spune în următoarele momente vă vor ajuta să vă destinde/i și să intrați gradual într-o stare de hipnoză. Pentru moment stați comod, confortabil și relaxați-vă. Aș dori să priviți fix ținta și, fără să vă abateți privirea de la ea, să ascultați cu atenție ceea ce vă voi spune.

Capacitatea voastră de a intra în starea de hipnoză va depinde de voința și dorința voastră de a coopera, dar, în egală măsură, și de concentrarea voastră asupra țintei și asupra a ceea ce vă voi spune. Același spirit de colaborare care v-a adus aici astăzi vă va permite acum, dacă doriți, să intrați într-o stare de hipnoză. Amintiți-vă, nu veți putea fi hipnotizat decât dacă veți dori acest lucru! Eu cred că doriți acest fapt și că veți face tot ce se poate pentru a colabora cu mine, concentrându-vă asupra țintei și ascultându-mi cuvintele, lăsând în același timp să apară tot ceea ce se va produce. Lăsați pur și simplu ca totul să se petreacă de la sine. Dacă vă veți concentra atenția asupra a ceea ce vă voi spune și vă veți gândi doar la lucrurile la care vă cer să le gândiți, veți vedea că este ușor de trăit, de cunoscut starea hipnotică. Nu există nimic misterios, nici ceva de care să vă fie teamă în hipnoză.

- se cerc pacientului să asculte, contrar noii hipnoze cricksonicne.

Acordul subiectului este necesar. De aceea se dau explicaţiile.

Hipnoza nu este decât consecința normală a unor principii psihologice. Ea este pur și simplu rezultatul unui interes deosebit de mare pe care îl avem pentru un lucru anume. într-adevăr, într-un anume sens, sunteți hipnotizați când priviți un spectacol bun și sunteți așa de

- această lungă introducere creează aşteptări. Exemplul dat privind *absorbţia* exercitată de un bun spectacol este banal. Totuşi, nu acest tip de experienţă va trăi subiectul. Acest tip

prinși de acțiunea lui, încât aproape uitați de rolul vostru de spectator.

Majoritatea persoanelor care au trăit această experiență afirmă că intrarea in hipnoză seamănă mult, la început, cu senzațiile pe care le avem când suntem pe cale de a adormi, cu diferența că în timpul hipnozei vocea hipnotizatorului continuă să fie auzită și este prezentă pe fundalul întregii experiențe trăite în această stare. într-un anume fel, hipnoza seamănă cu somnambulismul.

în același timp, starea de hipnoză este o experiență personală, care nu este trăită în același fel de toată lumea. Astfel, dacă se compară o persoană hipnotizată cu un somnambul, aceasta se face pentru că ea poate, ca și el, să efectueze în starea în care se află activități în același timp diverse și complexe.

Tot ceea ce vă cer eu acum este să-mi acordați întreaga voastră atenție și să continuați să colaborați cum ați făcut până acum. Nu există nimic care ar putea să vă deranjeze. Dimpotrivă! Majoritatea oamenilor descoperă că hipnoza este o experiență interesantă.

Pentru moment nu faceți nimic altceva decât să vă destindeți. Pestindeți-vă! Nu vă desprindeți privirea de țintă. Priviți-o cât mai fix posibil. Dacă ochii voștri au tendința să-și abată privirea la altceva, nu-i nimic. Dar de fiecare dată, reorientați-i asupra țintei. Peste câteva minute veți avea poate impresia că ținta devine difuză sau poate că se mișcă sau, mai mult, că ea își schimbă culoarea. Aceasta este perfect normal.

Indiferent ce fenomen apare, lăsați-l să apară și continuați să fixați intens ținta. La un moment dat, ochii vor fi așa de obosiți și pleoapele vi se vor părea atât de grele încât nu veți mai putea să-i țineți deschiși și se vor închide de la sine, am putea spune involuntar. Când acest fapt se va produce, nu opuneți nici o rezistență.

Pe măsură ce voi continua să vorbesc, vă veți simți din ce în ce mai somnolenți, dar nu toți veți reacționa la fel de repede la cuvintele mele. Ochii unor persoane se vor închide înaintea altora. Când va veni rândul fiecăruia, lăsați-i pur și simplu să se închidă, fără rezistență.

Auziți acum, probabil, cum eu continuu să vă sugerez să închideți ochii, ca și cum aceștia nu sunt deja închiși. Atunci aceste sugestii nu vi se vor mai adresa vouă, ci celorlalți. Ele nu trebuie deci să vă deranjeze, ci, dimpotrivă, să vă permită să vă destindeți din ce in ce mai mult.

Veți constata în curând că sunteți capabili să vă destindeți complet, rămânând în același timp așezați cu spatele drept pe locurile voastre, aproape fără efort. La fel. veji putea să vă modificați poziția pe care o aveți acum pentru a vă găsi alta mai confortabilă, atât de necesară, fără ca aceasta să deranjeze în nici un fel concentrarea voastră. Acum, abandonați-vă complet stării de relaxare. Destindeți fiecare din mușchii corpului vostru. Destindeți mușchii

de afirmații referitoare la hipnoză au ca scop securizarea pacientului.

- nu se spune că hipnoza este somn: este totuși o referință utilă.

- modelele de comportament suni furnizate subiectului într-o manieră indirectă. Se fac acum referiri la somn, somnambulism și la relația cu hipnotizatorul.

- noi știm că aceste fenomene sunt pur și simplu de natură fiziologică, dar aici au valoare de „sugestii ce se împlinesc".

- iată schimbarea perspectivei. Pornind de la consemne s-a trecut progresiv Ia predicții un pic magice despre ceea ce se va întâmpla. Această înlănțuire este dezgolită de ambiguitate: „la un moment dat pleoapele vi se vor părea atât de grele, încât veți fi incapabili sâ le țineți deschise". Sugestia implicită este următoarea: „Este adevărat pentru că eu sunt cel care v-o spune, eu care am puterea...".

- sugestiile legate de timp sunt prudente în măsura în care subiectul nu le poate respinge.

gambelor..., relaxați mușchii picioarelor... Destindeți *mușchii mâinilor, degetele...*
Destindeli mușchii gâtului..., pieptului... Relaxați mușchii întregului corp... *lăsați corpul* ***moale, complet moale...,*** *destindeți-vă complet. Relaxați-vă complet.*
Pe măsură ce vă relaxați ***din ce*** *în* ***ce mai mult, o*** *senzație de greutate se propagă în întregul corp. O senzație de* ***greutate invadează gambele... brațele, se furișează în picioare și mâini... în întregul corp. Gambele vi se*** *par* ***grele și moi, grele și moi... Brațele sunt grele...*** *Corpul* ***întreg îl simțiți greu, din ce în ce*** *mai* ***greu... ca de plumb. Pleoapele le simțiți*** *deosebit de grele.*
Greutate și oboseală. Vă simțiți din ce în ce mai somnolenți. Somnolenți și adormiți. Respirația devine *lentă și* ***regulată, lentă și*** *regulată.* ***Vă simțiți somnolenți și adormiți, din ce în*** *ce mai* ***somnolenți și adormiți,*** *iar pleoapele devin din ce in ce mai grele, din ce in ce mai grele.*
Ochii sunt obosiți din cauza efortului îndelungat al concentrării atenției. Pleoapele devin din ce în ce mai grele. In curând veți fi incapabili de a mai fine ochii deschiși pentru mai mult timp. Foarte curând, ochii se vor închide *de la* ***sine. Pleoapele vor*** *fi prea grele pentru a rămâne* ***deschise. Ochii sunt obosiți din cauza privirii fixe. Ei*** *lăcrimează obosiți de atăta efori.*
Vă veți simți din ce în ce mai somnolenți și mai adormiți. *Oboseala ochilor este foarte mare, din ce în ce mai mare.*
Cât de plăcută este închiderea ochilor, relaxarea completă, lăsându-vă legănați de sunetul vocii mele. *Doriți* ***să închideți ochii și să vă destindeți complet,*** *să vă relaxați* ***complet. în curând, nu veți mai putea*** *rezista. Oboseala ochilor va fi atât de mare, ochii vor fi atât de* ***obosiți, pleoapele vor*** *fi atât de grele, încât* ***ochii se vor închide de la sine, se vor*** *închide* ***de la sine. Pleoapele devin grele,*** *foarte* ***grele. Suftlefi destinși,*** *foarte* ***destinși.***
O senzație foarte plăcută de căldură și greutate se răspândește ***în întregul corp. Vă simțiți obosiți și somnolenți, obosiți și adormiți, adormiți, adormiți. Ascultați doar*** *vocea* ***mea. Nu sunteți atenți decât la vocea mea. Vederea se tulbură. Vedeți cu dificultate. Ochii sunt obosiți. Ochii sunt din ce în*** *ce* ***mai obosiți,*** *din* ***ce în ce mai obosiți.***
Pleoapele sunt grele. Grele ca de plumb. Pleoapele devin din ce în ce mai grele. Ele alunecă în jos, în jos. Pleoapele par *îngreunate de plumb,* ***grele ca de plumb. Ochii clipesc fără voia voastră. Ei clipesc, se închid, se închid. Ochii sunt fără îndoială închiși acum, dar, dacă nu sunt încă, în*** *curând* ***se vor închide de la sine. Este inutil să continuați să-i obosiți. Chiar dacă ochii nu sunt încă pe*** *de-a* ***întregul închiși, ați făcut mult efort pentru a fixa ținta și vă veți simți*** *acum* ***destins și somnolent. Dacă ochii nu sunt încă închiși, închideți-i acum voluntar. Așa, închideți bine ochii.***

Vă simțiți acum relaxați, destinși, dar vă veți relaxa din ***ce în ce mai mult. Mai mult. Ochii voștri sunt acum***

- trecerea printr-o stare de relaxare face parte din majoritatea proceselor de inducție. Aici, evocarea repetată a destinderii, a senzației de greutate care însoțește de obicei relaxarea, este utilizată cu ajutorul suplimentar al imaginii (plumb),

- operatorul descrie ceea ce se petrece, cu o anume anticipare.

- aceasta este ceea ce am putea numi prototipul unei inducții hipnotice.
Se remarcă:
a) sugestiile de somn sunt pe primul plan.
b) comenzile, adică propozițiile in care operatorul adoptă o poziție superioară și comandă, incep să apară: „Curând veți fi incapabili să mai țineți mult timp ochii deschiși", „In curând nu veți mai putea rezista", „Vă cufundați...", „Vreau (sic!) să continuați să fiți atenți"... etc.

Toate acestea stabilesc progresiv o relație interpersonală care reprezintă bine ceea ce se petrece în hipnoza tradi(jonală și care arată bine că nu este vorba de o reverie banală.
Se remarcă tipul de relație dorită, care nu este neutră: „Nu veți înceta să-mi auziți vocea", „Vă simțiți legănați de vocea mea".
Numărarea face parte din hipnoza tradițională ; totul se petrece ca și cum subiectul ar accepta să demareze unele programe cu această ocazie. Numărarea declanșează automat fenomene

închiși, li veți fine închiși până când vă voi spune să-i deschide/i sau vă voi cere să vă treziți. Vă simțiți somnolenți și adormiți. Continuați pur și simplu să-mi ascultați vocea. Ascultați cu atenție vocea mea. Concentrați-vă-asupra a ceea ce spun, nu faceți decât să mă ascultați. Veți deveni din ce în ce mai somnolenți și adormiți. In curând vă veți simți profund adormiți, dar nu veți înceta să-mi auziți vocea. Nu vă veți trezi înainte ca eu să v-o cer. încep acum să număr. Pe măsură ce număr, vă veți simți coborând, coborând din ce în ce mai jos, într-un somn plăcut, somn profund și odihnitor. Un somn în care veți putea să faceți o serie de lucruri pe care vi le voi solicita.

Unu - adormiți profund... 2 - mai profund, mereu mai profund adormiți, 3.4 - din ce în ce mai profund, din ce în ce mai profund adormiți... 5,6,7... Vă cufundați, vă cufundați într-un somn profund, foarte profund. Nimic nu vă mai poate deranja. Nu acordați atenție decât vocii mele și lucrurilor asupra cărora vă cer să fiți atenți. Vreau să continuați să fiți atenți la vocea mea și la ceea ce spun … 8, ... 9, ... 10,... II,... 12... Din ce în ce mai profund, mereu mai profund, adormiți... 13, ... 14, ... 15. Deși profund adormiți, mă auziți foarte clar. Mereu mă veți auzi la fel de clar, indiferent de profunzimea somnului pe care simțiți că l-ați atins ... 16.... 17,... 18 ... Profund adormiți, complet adormiți. Nimic nu vă poate deranja. In curând veți simți diverse lucruri pe care vi le voi cere să le simțiți... 19, … 20...*
Profund adormiți. Nu vă veți trezi înainte ca eu să v-o cer. Veți dori să dormiți și veți avea senzațiile pe care vi le voi descrie curând.

care, dacă se produc acum, par de natură involuntară.
Ceilalți itenii vor vehicula sugestii noi: sugestii de comportamente, sugestia imposibilității unor comportamente. sugestii privind alterări cognitive sau perceptive.
Noi nu reproducem testul in totalitate, ci doar un rezumat.

3. Coborârea brațului

în introducerea acestui item, i se precizează subiectului să fie atent Ia ceea ce „i se va întâmpla". I se cere să întindă **brațul** stâng cu palma orientată în jos. Se sugerează că acest braț devine greu și că ci coboară.

- comportament involuntar.

4. Inhibiția mișcării brațului

Se sugerează că senzația precedentă de greutate se extinde în întreg corpul. Se atrage atenția asupra brațului drept care pare prea greu pentru a putea fi ridicat. Se continuă: *„De ce să nu constatați cât de grea a devenit mâna voastră dreaptă... încercați pur și simplu să ridicați mâna, încercați. încercați pur și simplu să vă ridicați mâna, încercați".*

- sugestia imposibilității unui comportament.

5. încleștarea (zăvorârea) mâinilor

„ Vom face acum o nouă experiență. Încleștați cele două mâini. Încleștați-le încrucișând degetele. încleștați cele două mâini încrucișând degetele și presați puternic palmele una în cealaltă."

Se sugerează că mâinile sunt lipite și se cere subiectului să încerce să le separe.

- o nouă sugestie referitoare la imposibilitatea unui comportament.

6. Rigiditatea brațului (brațul stâng)

Se cerc subiectului să-si imagineze că brațul stâng, perfect întins, devine rigid. *„Din ce în ce mai rigid... Rigid... ca o bară de fier... Și voi știți cât de dificil,... cât de dificil, chiar imposibil este să îndoi o bară de fier așa cum a devenit brațul vostru. Vedeți în ce măsură brațul vostru este rigid ca o bară de fier... Verificați în ce măsură brațul este rigid ca o bară de fier... Verificați în ce măsură este el dur și rigid... încercați să-l îndoiți... încercați... Fcarte bine. Acum încetați orice efort."*

- fenomen involuntar.

7. Apropierea mâinilor

Cu brațele întinse, palmele față în față, se sugerează subiecților să-și imagineze că o forță de atracție se exercită între cele două mâini făcându-le să se apropie una de alta.

- comportament involuntar.

8. Inhibiția comunicării

„Sunteți acum foarte destinși... profund destinși. Gândiți-vă cât de greu ar fi să comunicați cu ceilalți atunci când sunteți profund destinși. Poate la fel de dificil ca atunci când dormiți. Mă întreb dacă ați putea da din cap pentru a spune nu. Sincer (sic!) nu cred că ați putea face acest lucru. Mai târziu, atunci când vă voi cere, veți putea încerca să dați din cap pentru a spune nu. Dar gândesc că vă veți da seama cât este de dificil de făcut acest lucru. De ce să nu încercați.acum să dați din cap pentru a spune nu ?... încercați să dați din cap..."

Anularea sugestiei.

- această blocare nu mai vizează un fenomen psihologic sau un comportament elementar, ci o conduită, \fedem aici sugestii care vizează climatul relațional. Formulările sunt interesante: „sincer eu nu cred că ați putea", „ați putea încerca..." (implicarea eșecului probabil).

9. Halucinația unei muște

„ Sunt sigur că sunteți atât de concentrați asupra a ceea ce facem încât nu ați observat că o muscă nu a încetat în tot acest timp să bâzâie în jurul vostru... Dar, pentru că acum menționez acest fagt, deveniți din ce în ce mai conștienți de această musca care nu încetează să zboare deasupra capului vostru... Din ce în ce mai aproape de voi... Cu un bâzâit dezagreabil... Ascultați bazaltul care devine din ce în ce mai puternic pe măsură ce ea continuă să se apropie de voi... Vă simțiți iritați de acest musafir nepoftit... Ați dori să o îndepărtați... Să vă debarasați... Ea vă irită... Hai, izgoniți-o dacă doriți..."

Anularea sugestiei {ea a plecat).

- sugestie de alterare senzorială. Halucinația este un cuvânt prea mare pentru a descrie reușita acestei sugestii când subiectul izgonește musca. Dar s-ar găsi ușor alte exemple mai convingătoare.

Se remarcă faptul că operatorul minte subiectul devenit naiv. Până atunci era vorba de realizarea unei sugestii, adică i se cerea subiectului să-și imagineze o situație și să vadă efectele ideii sugerate. Acum este vorba de a obține realizarea unui comportament legat de o alterare senzorială.

10. Catalepsia pleoapelor

Se sugerează că pleoapele sunt lipite. Se continuă: *„Mă îndoiesc foarte tare că ați putea chiar în câteva momente să deschideți ochii. Pleoapele sunt atât de bine închise încât vă este imposibil să le deschideți. Poate ați dori lotuși să încercați să le deschideți, chiar dacă simțiți că ele sunt atât de complet... atât de ermetic închise. Hai, încercați... încercați să deschideți ochii...".*

Anularea sugestiei.

- comportament involuntar sau fenomen fiziologic.
- implicația nu este clară, acum când subiectul nu mai poate să folosească întreaga sa voință.

11. Sugestia posthipnotkă (atingerea gleznei stângi) şi amnezie

„ Continuaţi să rămâneţi profund destinşi şi fiţi foarte atenţi la ceea ce vă voi spune acum. In câteva momente eu voi începe să număr înapoi pornind de la 20. Vă veţi trezi gradual) treptat, dar aproape pe toată durata numărării veţi continua să rămâneţi în starea în care vă găsiţi acum. Când voi ajunge la cifra cinci veţi deschide ochii, dar nu veţi fi complet treziţi. Aceasta nu se va întâmpla decât atunci când voi pronunţa cifra unu. Atunci, ta cifra unu, veţi fi complet treji, în starea normală de veghe. Veţi avea atunci senzaţia că aţi adormit, deoarece veţi avea dificultăţi în a vă anunţi nu numai lucrurile pe care vi le-am spus dar şi cele pe care le-aţi făcut sau simţit. într-adevăr, aceasta vă va solicita un astfel de efort pentru a vă aminti indiferent ce încât nu veţi avea nici o tragere de inimă pentru a-lface. Veţi găsi că este mult mai uşor să uitaţi toate aceste lucruri până în momentul în care eu vă voi spune că puteţi să vi, le reamintiţi. Mai precis, voi nu vă veţi putea aminti nimic din ce s-a petrecut până când nu vă voi spune • '«Acum aţi putea să vă amintiţi totul». Până atunci nu vă veţi aminti nimic. După ce veţi fi deschis ochii, vă veţi simţi foarte bine. Nu veţi avea nici dureri de cap şi nici nu veţi simţi vreo altă neplăcere. Eu voi începe acum să număr înapoi pornind de la 20, iar la numărul 5, nu înainte, veţi deschide ochii, dar nu veţi fi cu adevărat treji... Un pic mai târziu veţi auzi un zgomot ca acesta." (Terapeutul va produce un zgomot repetat lovind cu un creion o suprafaţă dură). *„ Când veţi auzi acest zgomot vă veţi apleca şi veţi atinge glezna stângă. Veţi atinge glezna stângă, dar, la fel ca în cazul tuturor celorlalte lucruri, veţi uita că eu v-am spus să faceţi acest gest până când eu vă voi spune: «Acum puteţi să vă amintiţi totul». încep acum să număr: 20,... 19,... 18,... 17,... 16, ... 15, ... 14, ... 13, ... 12, ... 11, ...10, ... Suntem la jumătatea drumului... 9... 8... 7... 6...Ş... 4... 3 ...2 ... 1. Treziţi-vă! Treziţi-vă complet! Puţina somnolenţă pe care o simţiţi acum va dispărea probabil în curând."* Facem să se audă - la fel ca mai înainte - zgomotul creionului care loveşte repetat o suprafaţă dură. Număraţi atunci 10 secunde Înainte de a continua.

Se sugerează subiectului că nu-şi va aminti experienţa trăită. El trebuie să accepte această nouă sugestie. Mai precis el trebuie să uite până ce operatorul ii dă permisiunea de a redeveni „normal". I se spune să aibă un comportament pe care nu-l va putea controla şi să uite. Este vorba acum de ordine politicoase, dar aparent fără replică.

Terminare. Operatorul va reda capacitatea de control subiecţilor.

ANEXA 5

Inducția hipnotică bazată pe utilizarea și stimularea semnalizării ideomotorii[1]

„Plasează mâinile laie în așa fel încât între palmele tale să fie o distanță de aproximativ 20 cm." (terapeutul demonstrează cu mâinile sale ținându-le la o distanță de 3 cm în față, astfel încât brațele și coatele sale $3 nu atingă nimic, pentru ca mâinile să se poată mișca liber). *„După cum știi corpul uman are un câmp magnetic. Nu știu dacă vei simți într-adevăr câmpul magnetic dintre mâinile tale sau doar dacă îți vei imagina această senzație. Lasă-te liber să simți această forță magnetică și o vei simți între palmele tale ca și cum ai avea mâini magnetice."*	este utilizată o focalizare ideodinamică indirectă. în timp ce conștientul subiectului este confuz si focalizat pe aspectul cognitiv al conceptului „mâini magnetizate", inconștientul lui evocă în mod automat trăirile concrete ale corpului asociate cuvintelor „magnetic" și „mâini".
„Dar nu lăsa deocamdată mâinile să se miște! Lasă-te doar liber să simți forțele dintre ele!"	- implicare și sugestie negativă pentru crearea unor așteptări. Cerând subiectului să amâne {„deocamdată") orice mișcare a mâinilor, terapeutul acordă de fapt timp ca aceste fenomene să se manifeste la maximum. Spunând subiectului *„dar nu lăsa deocamdată mâinile tale să se miște",* sugerăm de fapt că ele se vor mișca și-l eliberăm de orice rezistență.
pauză...	Pe toată durata pauzei, terapeutul nu face altceva decât să privească mâinile subiectului cu mare atenție. Așteptarea creează o anume presiune asupra subiectului și este o formă indirectă de inducție. Terapeutul comentează mulțumit primele semne ale mișcării.
„Este bine așa, lasă lucrurile să vină de la sine. Unele degete încep să se miște câte puțin și este bine. dar încă nu lăsa mâinile să se miște prea mult. Trăiește doar această experiență și las-o să vină de la sine. "	- ultima propoziție este o sugestie compusă: un truism *(„Trăiește doar această experiență")* este urmat de o incitare sugestivă.

1. Adaptare după M.H. Erickson & E.L. Rossi - *Experiencing hypnosis therapeutic approaches io altered states,* Irvington, New York, 1981.

- comentarea mişcării mâinilor întăreşte de rapt acest comportament.

„Ştim că forţa magnetică atrage sau respinge lucrurile. Acelaşi lucru se întâmplă si cu inconştientul: atunci când vrea să spună «da», atrage oamenii sau lucrurile, iar atunci când vrea să spună «nu». îi îndepărtează. Astfel putem utiliza mişcarea mâinilor tale pentru a pune inconştientului tău o întrebare importantă. Daca incon' ştientul tău vrea să spună da, vei simţi cum mâinile tale se atrag, iar dacă vrea să spună nu vei simţi cum se resping. Lasă, pur şi simplu, inconştientul tău să mişte mâinile într-un sens sau altul. Dar care ar putea fi acea întrebare ? (Pauză).

Se introduce o dublă constrângere: indiferent de răspunsul dat - *dai nu* - răspunsul ideomotor se va manifesta. iar mişcările îdeomotorii autonome sunt prin definiţie o formă de răspuns hipnotic.

Care este întrebam la care inconştientul tău se pregăteşte să răspundă cu „da" sau cu „nu" ? (Pauză). *întrebarea este: inconştientul este de acord să-ţi permită să trăieşti experienţa unei transe terapeutice confortabile ?* (Pauză),

întrebarea care introduce dubla constrângere.
De obicei mâinile încep să se mişte...

Este bine aşa. In timp ce mâinile tale continuă să se mişte încet, încet împreună, te poţi întreba ce se întâmplă cu pleoapele tale... încep să clipească ? Se vor închide confortabil în timp ce mâinile continuă să se mişte ? (Pauză). *Se vor închide oare înainte ca mâinile să se atingă 7*

- închiderea ochilor prin sugestii contingente.
- dacă ochii nu se închid, mâinile se îndepărtează sau nu se mişcă deloc înseamnă că întâmpinăm o rezistentă care poate fi înlăturată în felul următor (paragraful a).

a) Este bine aşa, mâinile se îndepărtează într-adevăr, ceea ce înseamnă că inconştientul tău preferă să nu intre deocamdată în transă, deoarece există o dificultate conştientă sau inconştienta. Mâinile pot exprima această dificultate îndepărtându-se încet una de alta şi în acest timp poate cauza dificultăţii va ajunge în conştientul tău. Inconştientul are nevoie de timp pentru cu transa să aibă loc ? (fcmzS).
Doar priveşte mâinile tale. poate inconştientul va negocia adecvat cu problema chiar acum, fără să-mi spui nimic despre asta şi poate va face ca mâinile tale să se apropie după această negociere ? (Pauză).
Oare, poate inconştientul tău opreşte această mişcare pentru o clipă în timp ce negociază ? Iţi va {ine ochu deschişi sau le va permite acestora să se închidă pentru a se concentra mai intens la rezolvarea acestei probleme ? (Pauză).

Terapeutul declanşează o negociere cu „rezistenta",

Doreşte inconştientul să vorbeşti despre ceea ce simţi în timp ce tu trăieşti această experienţă ? Cât de uşor îţi este să vorbeşti în timp ce această experienţă continuă ?"

b) „ Ce se întâmplă cu mâinile tale ? Nu se mişca ? Este bine, încearcă cât de mult poţi să nu le laşi să se mişte. De obicei, corpul se află într-o stare de mişcare continuă, chiar dacă nu ne dăm seama, dar în stare de hipnoză se întâmplă să apară reacţii paradoxale - opuse celor cerule - şi corpul poale deveni imobil pentru câtva timp. Sau, se

în cazuf, foarte rar, în care nu apare nici o mi$care a mâinilor, *terapeutul poate converti non-răspunsul în catalepsie* (paragraful b).

poate întâmpla ca o parte a corpului să devină imobilă în timp ce o altă parte trăiește mișcarea. Ce se va întâmpla în cazul tău ? "

„Inconștientul poate continua să lucreze cu această problemă pe durata transei în care fiecare moment poate fi echivalent cu ore, zile sau chiar ani (Pauză). *Și este interesant că partea conștientă își poate sau nu da seama de ceea ce se întâmplă, lucru care depinde de dorin/a inconștientului tău de a (ine secret acest fapt sau nu. Poți rămâne așa cum ești până ce inconștientul tău va finaliza ce are de făcut și î(i vei da seama de aceasta, atunci când vei simți nevoia să te miști, să-fi întinzi mâinile și picioarele și să devii treaz din nou."*

Distorsiunea timpului și ieșirea din transă.

c) „ Este bine așa. In timp ce mâinile tale continuă să se apropie, indicând că inconștientul tău te duce din ce în ce mai mult într-o stare de confort, poate te vei întreba ce se va întâmpla dacă vei încerca să te opui acestei mișcări prin forța conștientului tău. Ce s-ar întâmpla dacă îți vei acorda puțin timp doar ca să încerci să împiedici această forță ? Este posibil ca partea conștientă să se opună acestei forțe inconștiente ? " (Pauză).

în cazul în care subiectul răspunde pozitiv la întrebarea care cuprinde dubla legătură, permițând mâinilor să se miște încă de la început, există multe direcții pe care sugestia le poate explora. Rossi propune câteva din ele **<,.c", „d", „e").**

„Este bine, te simți puțin dezamăgit când ești forjat să ieși din această stare de confort în care lucrurile se întâmplă de la sine. Este un lucru care te tulbură, deoarece întotdeauna te simți mai bine când îți Uiși inconștientul să facă ceea ce știe, să lucreze singur fără a interfera cu mintea conștientă. Acum simți această diferență și înveți cum trebuie să faci ca să lași inconștientul să lucreze, lăsându-l să-fi miște mâinile, apropiindu-ie sau îndepărtându-le. Nu contează cum se vor mișca, important este să lăsăm partea creativă a conștientului sâ determine cum va fi acehstă mișcare. Și este bine să știi că, din moment ce îți lași mâinile să se miște din nou, tu poți utiliza această nouă sensibilitate oricând vei vrea, în orice moment al zilei, ori de câte ori inconștientul tău îți va spune să iei câteva minute de pauză pentru ca acesta să facă acele lucruri care te vor ajuta fără ca tu să conștientizezi acest lucru. Astfel, li vei da inconștientului timpul și energia de care are nevoie pentru a rezolva acele probleme atât de importante pentru tine.

Diversele modalități prin care pacientul se opune mișcării ideomotorii pot induce o anume dezamăgire, prin descoperirea că există posibilitatea de a se opune mișcării mâinilor.

Identificarea stărilor modificate ale conștiinței.

d)... Și în timp ce mâinile tale se apropie, tu poți înțelege ce altceva se întâmplă. Mâinile devin rigide și amorțesc ? Este ca și cum mâinile tale s-ar afla într-o pereche de mănuși groase și moi, astfel încât nu mai simt nimic ? Aceste mănuși sunt atât de groase încât căptușeala lor nu permite mâinilor tale să se apropie mai mult de cinci centimetri una de cealaltă ?

Explorarea potențialului hipnotic: imobilitatea corpului și anestezia.

e) ... Și în timp ce continui poți înțelege senzațiile feței tale. Cu toții cunoaștem căldura pe cure o simțim pe față sau în alte părți ale corpului când ne înroșim datorită

Răspunsuri idcosenzoriale.

emoțiilor. Iar tu poți să nu înțelegi exact de ce se întâmplă acest lucra, dar inconștientul tău știe exact cum să simtă această căldură. Poți simți această căldură în acest moment ? (Pauză). *Și în timp ce simți această căldură, mâinile tale se vor îndepărta pentru a mă face să înțeleg acest lucru sau vei mișca ușor din cap în semn de confirmare ?* (Pauză)... *Sau vei clătina capul în semn de negație ?*

...Dacă inconștientul tău este acum pregătit pentru a permite să se adâncească această transă, ca în acea stare de confort pe care o ai înainte de a adormi, vei simți mâinile și brațele cum încep să devină din ce în ce mai grele (Pauză. Terapeutul așteaptă apariția mișcărilor ce vor semnala că subiectul simte această greutate). *„Și în timp ce mâinile coboară din ce în ce mai mult, starea de confort devine din ce în ce mai profundă. Dar mâinile nu se vor așeza pe genunchi până când inconștientul tău nu va fi cu adevărat pregătit să se odihnească și apgi să dobândească și alte abilități hipnotice care vor fi utile pentru ceea ce îți propui."*

Adâncirea transei și pregătirea pentru intervențiile terapeutice viitoare.

ANEXA 6

Călătoria ia o stâncă

(Hunter, 1988, pp. Î01-104)

Această visare începe, ca multe altele, pe o pajiște, o foarte, foarte frumoasă pajiște, într-o minunată zi aurie; una din acele zile care uneori vin la sfârșitul verii. Crezi că vara s-a terminat și vântul și ploile toamnei au sosit, și dintr-o dată apare această minunată zi aurie.

Cerul are o nuanță anume de albastru, care apare doar in zile ca aceasta. Soarele este cald și hrănitor. Bate o briză ușoară, care face să foșnească frunzele copacilor și șușotește prin iarba pajiștei. Totul miroase plăcut.

Intr-o parte a pajiștei este un crâng, și cum te uiți la copacii din crâng, te minunezi cât de multe nuanțe de verde sunt în natură: verde deschis și verde închis, verde-cenușiu și verdc-albăstmi, verde ca mărul, oliv - și poate ici și colo câte o sclipire de purpuriu sau auriu.

Hoinărești pe pajiște, îndreptându-tc spre crâng, dar înainte să ajungi la el, spre surpriza ta, găsești un pârâu între tine și el. Nu l-ai văzut până acum din cauza ierbii înalte de pe pajiște.

într-o zi, ar putea fi amuzant să te întorci să vezi de unde vine râul, dar astăzi pornești să cauți unde duce el.

Așa că începi să urmezi poteca de-a lungul malului râului. Și astfel descoperi că acest pârâu se schimbă de mai multe oxj, urmându-și cursul. Un timp este un pârâiaș idilic, așa cum era atunci când l-ai găsit la început; apoi se lățește, devenind mai larg și mai puțin adânc, soarele strălucind și dansând pe undele sale, iar apa fiind atât de limpede, încât poți vedea fiecare pietricică din albia râului.

în altă parte el este mai îngust, mai adânc, răsucindu-se și întorcându-se, schițând mici vârtejuri și curenți in verși, care te fac să te minunezi de forțele de sub suprafața apei.

Iar mai încolo este o porțiune unde copacii sunt atât de aproape de malurile râului, încât soarele nu se mai vede printre ei, iar rădăcinile copacilor ies afară prin potecă, încât trebuie să urmărești cu atenție unde pui piciorul ca nu cumva să te împiedici și să cazi. Și locul este întunecos și răcoros, singuratic și trist; și pare să continue astfel încă mult timp.

Dar cu timpul pare că devine puțin mai luminos și uitându-te în sus poți vedea mici pete de albastru printre ramuri, iar copacii încep să se rărească din nou, soarele trece printre frunze, iar poteca devine netedă din nou.

Râul acum parc să fie cumva mai hotărât pe măsură ce se întoarce către destinația lui. Și destul de sigur, în scurt timp vei ajunge în locul unde se va întâlni cu o apă mai mare - un lac sau un golf - și se va vărsa în ea.

Este un loc foarte plăcut. Există aici o mică plajă pe care nu pare să fie cineva și totuși te simți cumva bine venit. Auzi sunetul ușor al apei îzbindu-sc de țărm; s-ar putea chiar să auzi chemarea

unei păsări sau a unui cu funciar, sau plescăitul uşor al unui peşte la câţiva metri de ţărm. Poate că-ţi dai jos pantofii şi ciorapii, aşa încât să poţi simţi pietricelele şi nisipul cald sub tălpi.

Rătăceşti într-o dulce visare dc-a lungul plajei şi apoi, făcând o cotitură, descoperi că plaja s-a sfârşit. Aici a răsărit o stâncă imensă, iar plaja a devenit doar o panglică îngustă la picioarele stâncii.

îţi pui ia Ioc pantofii şi mergi dc-a lungul acestei panglici, punându-ti mâinile pe stâncă pentru a te sprijini, astfel încât să nu-ţi uzi picioarele. Şi imediat vei deveni conştient de un sentiment destul de ciudat - ca şi cum un fel de putere ar veni prin mâinile tale de la stâncă.

Şi când ai ajuns de partea cealaltă, pentru că desigur asta este o stâncă fermecata, observi o uşă tăiată în piatră, o uşă puţin întredeschisă.

Aşa că intri înăuntru şi descoperi că te afli într-o sală imensă, un fel de atrium. Din nou se parc că nu mai este nimeni altcineva acolo, dar te simţi bine venit. Este un spaţiu foarte frumos. Unul dintre primele lucruri pe care le observi, lipit de un perete, este un imens seif, şi cumva ştii că este acolo pentru tine, pentru a depozita în ei orice îngrijorare, povară sau grijă pe care le-ai dus cu tine în orice parte a vieţii tale. Aşa că faci asta, folosind atât de multe sertare ale seifului de câte ai nevoie, închizându-le cu atenţie şi punând cheile într-un loc foarte sigur, poate legate cu un şiret la gâtul tău.

***

Sitnţjndu-tc mult mai liber, acum, că te-ai scăpat de greutatea acestor poveri, continui să explorezi sala de la intrare şi, după puţin timp, descoperi într-un mic alcov intrarea într-un coridor.

Şi cumva, tu ştii câteva lucruri. Ştii că vei merge pe acel coridor şi că vei fi în siguranţă, dar va fi foarte ciudat; şt toate acestea se şi întâmplă.

Cobori prin acel coridor şi eşti în siguranţă, dar cu certitudine pare foarte ciudat. Ai o senzaţie de *deja vu,* deşi nu-ţi aminteşti să fi fost aici înainte. E cald şi totuşi aerul este proaspăt; este întuneric şi totuşi cumva poţi vedea.

Şi pentru unii coridorul este scurt, drept, în timp ce pentru alţii el este mai lung şi probabil întortocheat; pentru unii este îngust, iar pentru alţii c larg, dar pentru toţi el conduce spre cea mai frumoasă încăpere pe care ai văzut-o vreodată. Este pur şi simplu splendidă! Arată ca şi cum ar fi luminată de razele soarelui - şi tu ştii că asta este imposibil şi totuşi aşa pare.

Undeva, în această încăpere, vei găsi pe cineva sau ceva care are anumite informaţii pentru tine, ceva de comunicat.

Poate fi o persoana şi, dacă este aşa, o poţi recunoaşte sau te poţi întreba dacă ai mai întâlnit-o vreodată înainte; dar s-ar putea să nu fie o persoană. Ar putea să fie o carte sau o scrisoare sau o fotografie, ceva la radio sau la televizor, un avertisment dintr-un cufăr de stejar pe care l-ai putea găsi acolo; ar putea fi chiar un căţeluş sau o pisicuţă, sau o mică jucărie.

Ceva sau cineva care are unele informaţii pentru tine.

Şi aceste informaţii îţi pot apărea în cuvinte sau ca un gând limpede, dar mai degrabă vor veni ca un fel de senzaţie, ca o intuiţie : o clarificare, poate - vechiul răspuns: Aha! ; sau găsind o legătură între un factor într-o anumită situaţie şi un alt factor într-o situaţie complet diferită, iar înţelegerea acestei legături îţi este de ajutor. Sau poate fi pur şi simplu senzaţia că undeva, adânc în eul tău interior, ceva s-a schimbat, un anume proces progresează, şi îţi va aduce în timp rezolvarea.

Acum, petrece puţin timp în această cameră, atât cât doreşti în timp hipnotic şi aproximativ un minut în timpul arătat de ceas, pentru a te bucura cât mai deplin de acest Ioc minunat.

Pacientul este lăsat în linişte aproximativ un minut.
Foarte bine.

Este timpul acum să părăsești această încăpere. Dar să știi că oricând te poți întoarce aici, oricând vei dori acest lucru, pentru că această cameră îți aparține, este în interiorul tău.

Iar acum, întoarce-te prin coridor, până în sala de la intrare. Și dacă într-adevăr trebuie să faci acest lucru, poți să-ți recuperezi una sau câteva dintre poverile pe care le-ai depozitat aici. Dar știi că sertarele seifului sunt sigure.

Și apoi, ieși pe poartă, lăsând-o puțin întredeschisă pentru atunci când vei dori să te întorci, și revii pe panglica de plajă de la baza stâncii, din nou punând mâinile pe piatră pentru a te sprijini și încă o dată simți sentimentul că puterea suportul, stabilitatea, securitatea vin din interior.

Și apoi te întorci de-a lungul plajei, și de-a lungul potecii de pe malul râului, până când ajungi din nou la pajiște.

ANEXA 7

Povestirea *„Noroc? Ghinion? Cine știe?"*

(adaptare după Burns. 2001)

„A trăit cândva un fermier sărac, care se îngrijea de mica lui gospodărie ajutat de unicul lui fiu, abia ajuns la vârsta majoratului. într-ana din zile, tocmai atunci când băiatul fermierului se străduia să înhame calul tatălui său la căruia, un fulger orbitor despică cerul în două, urmat aproape instantaneu de un tunet nâpraznic, care literalmente cutremură pământul. înspăimântat, calul se ridică în două picioare, cu un nechezai sforăitor și profitând de faptul al băiatul se dădu și el speriat doi pași înapoi, se năpusti mânat de teama elementară ce-l cuprinse, înspre pădurea deasă ce se învecina cu ferma. Zadarnic încerca băiatul să-l oprească, precum de prisos se dovedi și încrâncenarea cu care încercă să țină pasul cu. animalul speriat de moarte, alergând fără sorți de izbândă pe urmele lui. După numai câteva minute de cursă inegală, pe băiat îl trădară picioarele și se prăbuși epuizat pe pământul udat cu generozitate de ploaia care se revărsa din abundență. Ridică privirea tocmai la timp pentru a mai putea zări silueta puternicului animal de tracțiune înainte de a dispărea printre copaci. Tropăitul surd al copitelor potcovite, acompaniat de troznetul câte unei crenguțe strivite sub greutatea calului angajat in goana-i nebună, se auzi din ce în ce mai încet, pierzându-se într-un final cu totul. Disperat, băiatul mai așteptă, poate doar un ceas, poate chiar mai mult, sperând că unica avere a familiei nevoiașe ar putea reveni, dar în cele din urmă fit nevoit să se întoarcă necăjit acasă. Vestea necazului se împrăștie cu repeziciune printre vecinii care se simțeau datori să-l asigure pe fermier de compasiunea lor, lamentându-se ca de o mare tragedie. «Vai ce ghinion pe capul tău!» - ziceau, frângându-și mâinile. Păgubitul le răspunse însă cu multă seninătate: «Noroc ? Ghinion ? Cine știe ?».

Zilele care au urmat au fost de muncă grea pentru fermier și fiul lui. Cei doi bărbați erau nevoiți să suplinească prin propria lor trudă lipsa calului și, spre lauda lor, o făceau fără să-și deplângă soarta. Ar fi greu de apreciat câte zile trecuseră de când calul le dispăruse, pentru că nu aveau vreme să le numere, până când într-o zi, în zori de ziuă fură treziți de tropot de cai și de un nechezat atât de cunoscut lor. Și doar mirarea le fu mai mare decât bucuria atunci când sărind pe geam și privind pe fereastra modestei căsuțe, zăriră fugarul, îndreptându-se cu capul ridicat înspre ferma pe care toți credeau că o părăsise o dată și pentru totdeauna. Și pentru ca surpriza tatălui și fiului să fie de proporții și mai mari, calul era urmat asemeni unui conducător de oști, de o mică ceată de cai sălbatici, sănătoși fi vânjoși. Mai mult chiar, micuța herghelie se lăsă mânată cu docilitate, după poarta pe care fermierul o închise cu multă grijă în urma căluților.

Nici de astă dată nu fu nevoie de prea multă vreme pentru a se afla printre vecini de cele întâmplate. Fermierii veneau înainte de a porni la lucru, să admire frumusețile de cai, adunate în. ograda vecinului lor și nu conteneau să exclame: «Ce noroc pe capul tău! Ce noroc!». însă fermierul clatină din nou din cap și le răspunse pe obișnuitul său ton potolit: «Noroc ? Ghinion ? Cine știe ? >•.

Treptat, lucrurile reintrară în normai. Fermierul și băiatul își vedeau liniștiți de treabă, rând pe rând caii noi veniți se lăsau struniți. Viața fermierilor devenea pe nesimțite mai prosperă, datorită atât noilor veniți, cât și vremii care se dovedise a fi deosebit de prielnică pentru recolta din acel an. Seară de seară băiatul întors de la câmp se dedica noii sale îndeletniciri favorite : stranirea celui mai frumos și mai nărăvaș dintre caii sălbatici. în mod cert, prietenia era pe înfiripate, căluțul bucurându-se chiar de mângâierea pe gât și pe spate, dar nesuportând

deocamdată să fie călărit. De cate ori încercă, băiatul fu zvârlit si trântit aproape instantaneu. Băiatul câștigă secundă cu secundă si știa că va veni ziua în care lupta se va încheia cu victoria lui. învățase de la tatăl său ce înseamnă răbdarea și asta îl ajută mult. In seara cu pricina părea că în sfârșit eforturile și răbdarea i-aufost răsplătite. Rezistase cu mult peste cât reușise oricând altcândva să stea călare pe calul pe care tatăl lui i-l promisese cadou atunci când îl va struni. îmbătat de perspectiva succesului, vigilența lui adormi pentru o clipă. Suficient însă pentru a fi trântit cu violență la pământ. Instantaneu o durere nemaicunoscută de el până atunci îi cuprinse ca o flacără vie piciorul drept. Piciorul rupt devenise inutilizabil și nici măcar privirea ce părea plină de compasiune a călușului care se învârti neputincios în jurul lui nu putea să-i insufle suficientă putere pentru a se ridica. Fu nevoit să-și cheme tatăl în ajutor, care la rândul lui își dădu seama că piciorul este fracturat. Medicul aplică o alelă ghipsată și îi prescrise băiatului ședere la pat cel puțin șase săptămâni. Fermierul, rămas pe neașteptate fără ajutorul fiului său fu vizitat de vecinii care comentau Ui modul lor zgomotos cele întâmplate: «Vai ce ghinion ai putut avea. Acum fiul tău va fi nevoit să stea (intuit de pat și tu ai rămas fără ajutor». Singurul, care și de data aceasta își păstră calmul, fu din nou fermierul atât de încercat de soartă: «Noroc ? Ghinion ? Cine știe ? » - le răspunse.

Zilele următoare fuseseră extrem de agitate. Țara intră în război cu unul dintre vecini și toți tinerii apți pentru luptă fuseseră mobilizați. Fiul fermierului, asemeni celor din generația lui, primise ordin de încorporare, dar comisia medicală îl scutise de înrolare după ce se constată că este imobilizat de fractură. Necăjiți, sătenii se adunară iar la casa fermierului. «Vezi ce noroc a căzut iar peste tine! Băieții noștri au fost luați toți în război și fiul tău a scăpat, fiind cu piciorul rupt.» Nici de data asta însă fermierul nu păru să le împărtășească opinia. «Noroc ?Ghinion ? Cine știe ?» - le răspunse el pe obișnuitul lui ton prudent. Și pentru că ceilalți îl priveau stupefiați, adăugă: «Vedeți, norocul și ghinionul sunt întotdeauna relative și veșnic schimbătoare. Ceea ce azi ți se înfățișează ca o mare nenorocire, nu mai departe de mâine se poate transforma într-o adevărată șansă. Cum se întâmplă atunci când ploi abundente se revarsă asupra unui meleag. Pământul uneia dintre ferme, astfel irigat poate da o recoltă record, în timp ce inundațiile înăbușă toată producția vecinului. în vara următoare însă norocul se poate inversa. Recolta bogată din anul precedent poate lăsa pământul primei ferme sterp și prin urmare fermierul care în urmă cu numai câteva luni nu contenea să-și numere banii, se va îngloda în datorii. In schimb, celălalt pământ, regenerat după un an în care nu a produs nimic, va putea da o recoltă mai abundentă ca oricând. De fapt, nici nu contează atât de mult ce se întâmplă în mod real, ci mai degrabă felul în care noi interpretăm cele întâmplate. Norocul și ghinionul nu sunt nimic altceva decât valorile pe care noi,'o \anenii le atribuim unor întâmplări care în sine nu sunt nici bune, nici rele. De asta, indiferent că veniți pentru a mă asigura de compasiunea și condoleanțele voastre sau că vă înghesuiți pentru a mă felicita pentru norocul care a dat chipurile peste mine, eu vă voi răspunde invariabil: Noroc ? Ghinion ? Cine știe ?»."

ANEXA 8

Managementul **durerii printr-o** abordare strategică. HARP (Hypnotic Ability and Response Profile)

(după Eimer & Freeman, 1998)

Notă : exerciţiile şi sugestiile care urmează sunt precedate nr-varianta originală a strategiei HARP de mai multe teste de sugcstibililatc care îşi propun să stabilească nivelul de hipnotizabilitate al subiecţilor. în lipsa acestora, recomandăm terapeuţilor care doresc să utilizeze scenariile care urmează fie Să le utilizeze progresiv (fiind atenţi la *feedback-\i* furnizat de pacienţi), fie să stabilească nivelul de hipnotizabilitate al pacienţilor cu ajutorul altor teste de sugestibilitate, apoi să utilizeze scenariul adecvat.

Excrcifiu de autohipnoză pentru subiecţii cu hipnotizabilitate scăzută

„Anterior am parcurs împreuna o serie de exercifii diferite, pentru a afla care sunt acele metode de relaxare şi itnagerie care ţi se potrivesc cel mai bine, care te pot ajuta în cea mai mare măsură să-fi distragi atenţia de la durere si am văzut că ai răspuns foarte bine la unele sugestii. şi nu ai reacţionat în foarte mare măsură la altele, si această informaţie este foarte importantă pentru noi amândoi. Iar acum, as dori să vedem dacă putem utiliza această informaţie importantă pentru a crea un exerciţiu de autocontrol, pe care ii vei putea practica de unul singur (de una singură), pentru a-ţi putea distrage atenţia de la durerea cu care te confrunţi. Aş dori deci să-ţi propun următorul exerciţiu, pe cure de aici încolo îl vei putea practica şi de unul singur (de una singură). înainte de toate, aş dori să parcurgem împreună acei paşi care alcătuiesc acest exerciţiu şi totodată să-ţi ofer posibilitatea de a-l încerca aici, împreună cu mine. Şi cel mai util lucru ar fi să păstrezi o atitudine deschisă faţă de acest exerciţiu, pentru că astăzi, aici, s-ar putea să simţi nişte diferenţe semnificative, după cum s-ar putea să nu simţi nici o modificare deosebită. Şi aş dori să te rog să acorzi o şansă acestui exerciţiu, practicându-l zilnic, de mai multe ori, începând cu ziua de azi şi până la următoarea noastră întâlnire. Şi sunt cât se poate de sigurfă), că dacă eşti de acord cu această propunere, vei putea constata că acest exerciţiu te poate ajuta să ie eliberezi de durerea cu care te confrunţi, pentru că majoritatea persoanelor care se confruntă cu acelaşi tip de problemă ca şi tine şi care reacţionează la exerciţiile pe care le-am făcut împreună în acest fel, constată că, pe măsură ce practică acest exerciţiu mai mult, cu atât practicarea lui devine mai uşoară şi mai benefică. Să trecem acum la exerciţiu: înainte de toate, acordă-ţi câteva minute şi caută să te instalezi Cât mai confortabil, închide ochii, lasă-te pe spate şi relaxează-te, iar acum respiră de câteva ori profund şi de fiecare dată când expiri, imaginează-ţi că evacuezi o parte din tensiunea pe care o simţi în corp. Lasă-ţi pleoapele să rămână închise pe lot parcursul exerciţiului, concentrează-ţi toată atenţia asupra ochilor, simte-ţi ochii relaxându-se în aşa măsură. încât pur şi simplu nu le vine să se deschidă, iar atunci când ştii că ochii suni atât de relaxaţi, încât pur şi simplu nu le vine să se deschidă, răspândeşte această relaxare în tot corpul tău. în al doilea rând, începând cu maxilarul şi coborând de-a lungul corpului, modifică înjiecare parte a corpului tău existenţa unor tensiuni şi încordări, şi lasă-le să se elibereze de aceste tensiuni şi

încordări, dă drumul acestor tensiuni... coboară în continuare parcurgând gâtul, umerii, brațele, mâinile, pieptul, abdomenul, spatele, fesele, coapsele, gambele, picioarele și simte în fiecare parte a corpului, asupra căreia îți concentrezi atenția, cum mușchii devin din ce în ce mai relaxați, mai inerți, și mai destinși... iar atunci când știi că o anume parte a corpului tău s-a relaxat atât de mult pe cât de mult o poți relaxa, continuă, deplasându-ți atenția înspre următorul segment al corpului,^ lăsând ca senzația plăcută de relaxare să se răspândească, pornind din acel Ioc, in tot corpul. în al treilea rând, vei putea constata că numărând încet până la 10, poți învăța să te relaxezi și mai profund, să-ți aprofundezi în și mai mare măsură starea de relaxare. începe deci să numeri lent, până la 10. Vei putea, de asemenea, descoperi că, evocând o amintire plăcută, dătătoare de confort sau capabilă să-fi încălzească sufletul, te vei putea relaxa și mai mult, și mai mult. Pe de altă parte, s-ar putea să descoperi că a te imagina angajându-te activ într-o activitate plăcută, eventual chiar viguroasă, te poate ajuta în foarte mare măsură să-ți distragi atenția de la durere, pentru o anumită perioadă. Oricare dintre aceste metode se va dovedi a fi eficientă, rezultatul va fi foarte mulțumitor. Fiecare persoană își are modalitățile preferate prin care își poate distrage atenția sau prin care se poate angaja în reverie. în sfârșit, al patrulea pas al exercițiului tău este să-ți atragă atenția asupra ideii că nu există o modalitate unică, cea mai potrivită pentru a te elibera de durere, fiecare persoană fiind diferită, și la fel diferită este și durerea trăită de fiecare persoană, și ceea ce este cu adevărat interesant în legătură cu acest lucru, este că tot așa, diferită va fi și forma preferată de eliberare de durere, a fiecărei persoane. Ceea ce este important, este să faci ceva pentru a-fi distrage la modul activ atenția de la durere... așadar, în timp ce te concentrezi la modul activ asupra răspândirii senzațiilor de relaxare, în întreg corpul tău, în timp ce numeri, în timp ce-ți imaginezi activități plăcute sau orice altceva, poți de asemenea medita asupra ideii că nu poți trăi durerea decât așa cum este ea interpretată. Asta înseamnă că mai întâi simți o senzație de durere, mai apoi o interpretezi, ți-o explici, o înțelegi, sau faci un comentariu pe marginea ei pentru uzul tău personal și, în sfârșit, o trăiești, o percepi și o suporți, bazându-te pe modul în care ai perceput-o și ai înțeles-o. Scopul pentru care îți însușești acest exercițiu de autocontrol destinat controlului durerii, este să faci în așa fel încât durerea pe care o simți să devină mai suportabilă, mai tolerabilă. Poți așadar să rămâi împreună cu senzațiile tale de durere în prezent sau poți călări valurile durerii, sau îți poți distrage atenția, cum poți tu mai bine, gândindu-te la altceva, dar e bine să știi, că atunci când te îngrijorezi, gândindu-te la durerea pe care o vei simți în viitor sau când te tulburi, amintindu-ți durerile din trecut, aceste lucruri pot amplifica durerea cu care te confrunți în prezent, deci este mai bine să rămâi ancorat în prezent sau să te gândești la alte lucruri mai plăcute... Oricum, ceea ce este foarte importantfiste să faci ceva. Pe de altă parte, uneori, să nu faci nimic înseamnă să faci ceva, și optând la modul activ pentru o alternativă de înfruntare a durerii, faci ceva, și acest lucru te va ajuta să găsești ușurarea, eliberarea de durere și să te simți mai bine."

Exerciţiu de autohipnoză pentru **subiecţii cu hipnotizabilitate medie**

„Mai înainte ți-am sugerat că vei fi capabil în viitor să intri într-o stare de autohipnoză relaxantă, practicând un exercițiu simplu, ce constă în câțiva pași, iar acești pași sunt derivați din exercițiile pe care le-am parcurs aici, împreună, și-n cele ce urmează vom parcurge împreună acești pagi. Practicând exercițiul de autohipnoză, vei descoperi că-ți vine din ce în ce mai ușor să filtrezi suferința din durere, atunci când te relaxezi, și când îți concentrezi atenția înspre interior. Pașii din care se constituie acest exercițiu de autohipnoză sunt următorii: în primul rând îți ridici privirea înspre creștetul capului, iar după aceea, în timp ce continui să privești în sus, încet, îți închizi pleoapele, inspirând profund, și reținând apoi respirația. în al doilea rând, expiri tot aerul, și-n timp ce te eliberezi de tensiune, îți relaxezi ochii, și lași pleoapele să rămână închise. în al treilea rând, îți permiti să trăiești în întreg corpul tău, un sentiment plăcut de relaxare, și-ți imaginezi cum senzațiile plăcute de relaxare, de plutire, de ușurare, sau orice alte senzații plăcute, se răspândesc în tot corpul tău, pornind dinspre cap înspre picioare, în timp ce numeri încet, lent, în gând, până la 10. în al patrulea rână, în timp ce numeri până la 10, te concentrezi asupra corpului tău, care se simte din ce în ce mai relaxat, și imaginează-ți senzațiile de ușurare, și plutire, care se răspândesc într-unui din brațe. Lasă brațul acesta să se simtă ușor, imaginează-ți

6. Rigiditatea braţului (braţul stâng)

St cerc subiectului să-şi imagineze că braţul siâng, perfect întins, devine rigid. *„Din ce în ce mai rigid... Rigid... ca a bară de fier... Şi voi ştiţi cât de dificil,..- cât de dificil, chiar imposibil este să îndoi o bară de fier aşa cum a devenit braţul vostru. Vedeţi în ce măsură braţul vostru este rigid ca o bară de fier... Verificaţi în ce măsură braţul este rigid ca o bară de fier... Verificaţi în ce măsură este el dur si rigid... încercaţi să-l îndoiţi... încercaţi... Fcarte bine. Acum. încetaţi orice efort."*

- fenomen involuntar.

7. Apropierea mâinilor

Cu braţele întinse, palmele ţaţă în faţă, se sugerează subiecţilor să-şi imagineze că o forţă de atracţie se exercită intre cele două mâini făcându-lc să se apropie una de alta.

- comportament involuntar.

8. Inhibiţia comunicării

„ Sunteţi acum foarte destinşi... profund destinşi. Gândiţi-vă cât de greu ar fi să comunicaţi cu ceilalţi atunci când sunteţi profund destinşi. Poate la fel de dificil ca atunci când dormiţi. Mă întreb dacă aţi putea da din cap pentru a spune nu. Sincer (sic!) nu cred că aţi putea face acest lucru. Mai târziu, atunci când vă voi cere, veţi putea încerca să daţi din cap pentru a spune nu. Dar gândesc că vă veţi da seama cât este de dificil de făcut acest lucru. De ce să nu încercaţi.acum să daţi din cap pentru a spune nu?... încercaţi să daţi din cap..."

Anularea sugestiei.

- această blocare nu mai vizează un fenomen psihologic sau un comportament elementar, ci o conduită. Vedem aici sugestii care vizează climatul relaţional. Formulările sunt interesante: „sincer eu nu cred câ aţi putea", „aţi putea încerca..." (implicarea eşecului probabil).

9. Halucinafia unei muşte

„Sunt sigur că sunteţi atât de concentraţi asupra a ceea ce facem încât nu aţi observat că o muscă nu a încetat în tot acest timp să bâzâie în jurul vostru... Dar, pentru că acum menţionez acest fapt, deveniţi din ce în ce mai conştienţi de această muscă care nu încetează să zboare deasupra capului vostru... Din ce în ce mai aproape de voi... Cu un bâzăit dezagreabil... Ascultaţi bazaltul care devine din ce în ce mai puternic pe măsură ce ea continuă să se apropie de voi... Vă simţiţi iritaţi de acest musafir nepoftit... Aţi dori să o îndepărtaţi... Să vă debarasaţi... Ea vă irită... Hai, izgoniţi-o dacă doriţi..."

Anularea sugestiei (ea a plecat).

- sugestie de alterare senzorială. Halucinaţia este un cuvânt prea mare pentru a descrie reuşita acestei sugestii când subiectul izgoneşte musca. Dar s-ar găsi uşor alte exemple mai convingătoare.

Se remarcă faptul că operatorul minte subiectul devenit naiv. Până atunci era vorba de realizarea unei sugestii, adică i se cerea subiectului să-şi imagineze o situaţie şi să vadă efectele ideii sugerate. Acum este vorba de a obţine realizarea unui comportament legat de o alterare senzorială.

10. Catalcpsia pleoapelor

Se sugerează că pleoapele sunt lipite. Se continuă: *„Mă îndoiesc foarte tare că aţi putea chiar în câteva momente să deschideţi ochii. Pleoapele sunt atât de bine închise incât vă este imposibil să le deschideţi. Poate aţi dori totuşi să încercaţi să le deschideţi, chiar dacă simţiţi că ele sunt atât de complet... atât de ermetic închise. Hai, încercaţi... încercaţi să deschideţi ochii..."*.

Anularea sugestiei.

- comportament involuntar sau fenomen fiziologic.
- implicaţia nu este clară, acum când subiectul nu mai poate să folosească întreaga sa voinţă.

permiți restului corpului tău să rămând sănătos, să devină mai puternic din nou, [dacă este nevoie se mai adaugă], *și să te menții departe de spital ți de medicamente. Și te vei simți din ce în ce mai bine, comunicându-i corpului tău cum să amplifice aceste senzații de amorțeală, in locul celor de durere. Atunci când vei fi pregătit (ă) să ieși din această plăcută stare de autohipnoză, la 5 fii pregătitfă), la 4 rămânând în continuare cu pleoapele închise, ridică-ți privirea înspre creștetul capului, la 3 deschide pleoapele, la 2 cu pleoapele deschise relaxează-ți ochii și privește-ți mâna ridicată, și în sfârșit, la 1, închide mâna în pumn, și relaxează-ți mâna, și așază-ți din nou ante-brațul tn poziția inițială, respiră de câteva ori profund, In timp ce senzațiile normale revin în braț și-n restul corpului. Vei rămâne în continuare relaxat(6), dar totodată treazfă), și toate părțile corpului tău își vor redobândi senzațiile normale de control, deși vei continua să reții acele senzații plăcute, care te vor ajuta în continuare să filtrezi suferința din durere,*"

Tipuri de sugestii ce pot fi introduse în exercițiul de autohipnoză (in cele 3 min.):

I. Sugestii asociate cu ameliorarea toleranței la frustrări:
- „Pot controla această durere (problemă)";
- „Pot trăi fără această durere (problemă)" ;
- „îmi pot face timp pentru a mă relaxa" ;
- „Mă pot bucura în continuare de lucrurile care-mi plac";
- „Voi supraviețui acestei dureri" ;
- „îmi pot face timp pentru a mă relaxa";
- „Mă mai pot bucura de anumite lucruri" ;
- „îmi pot controla comportamentul" ;
- „Chiar dacă durerea e prezentă, pot trăi fără suferință".

II. Sugestii asociate cu înlocuirea neajutorării, a victimizării, cu sentimentul eficientei și dispunerii de resurse:
- „Pot face anumite lucruri pentru mine" ;
- „îmi pot controla durerea, influențându-mi gândirea și comportamentul" ;
- „Dispun de alternative, sunt deci puternic(ă)" ;
- „Pot face ceva pentru a mă ajuta" ;
- „întotdeauna există ceva ce pot face";
- „îmi pot purta de grijă" ;
- „Sunt bine așa cum sunt" ;
- „Pot avea încredere îrfthine" ;
- „Pot face ceea ce trebuie pentru a mă simți mai bine" ;
- „Munca îmi face bine" ;
- „Organismul meu învață să devină din ce în ce mai receptiv față de gândurile mele";
- „îmi pot reprezenta imagini reconfortante pentru a mă simți mai bine".

III. Sugestii care vizează înlocuirea perceperii constantei durerii cu variabilitatea durerii:
- „Durerea mea variază în intensitate, deși *o* simt tot timpul";
- „Uneori durerea îmi dispare";
- „Sunt perioade în care mă pot simți confortabil" ;
- „Mă simt mai bine" ;
- „Pot fi mai sănătos" ;
- „Devin mai puternic" ;
- „Pot răspândi senzația de confort dintr-o parte a corpului meu în oricare altă parte" ;
- „Pot filtra suferința din durere".

IV. Sugestii pentru a înlocui perceperea permanentei durerii cu perceperea temporalității ei:
- „Pot face diferite lucruri pentru a mă ușura de durere";
- „Există un tratament pentru suferința mea" ;
- „Sunt alte lucruri pentru care merită să trăiesc" ;

- „în fiecare zi pot face puțin mai mult, mai mult";
- „Pe zi ce trece este tot mat bine, mai bine".

V. **Sugestii pentru înlocuirea ostilității și alienării cu sentimentele recunoștinței și acceptării realității**:

- „Pot să învăț să iubesc din nou";
- „Mă înțeleg";
- „Pot aștepta pentru a vedea dacă pot avea încredere în tine; există oameni în care poți avea încredere";
- „O pot scoate la capăt cu durerea mea" ;
- „Mă pot împrieteni cu durerea mea" ;
- „Durerea mea este o parte din mine și sunt pe cale de a învăța cum să mă raportez la ea și cum sâ o înțeleg" ;
- „Nu ar trebui să mă aștept la prea multe din partea altora";
- „Mă voi bucura din nou/pentru întâia oară de viața mea" ;
- „îmi accept durerea".

VI. Sugestii pentru substituirea reprezentării durerii ca ceva misterios, cu percepția durerii ca fiind pe deplin inteligibila: •**,

- „Pot înțelege ceea ce durerea îmi comunică";
- „îmi înțeleg durerea" ;
- „Pot înțelege de ce mă confrunt cu durerea".

VII. Sugestii pentru substituirea sentimentelor de culpă și autodepreciere, cu acceptarea sinelui și responsabilităților adecvate:

- „Sunt bine așa cum sunt. sunt bine chiar și cu această durere";
- „Mă pot accepta chiar cu această durere";
- „Fac tot ce pot pentru a-mi controla simptomele";
- „Pot tăsi mulțumirea în viața pe care o trăiesc" ;
- „Merit sâ scap de durere";
- „Acum am încredere în capacitatea mea de a mă vindeca" ;
- „Sunt mult mai mult decât durerea pe care o simt";
- „Mă accept, și cu durere, și fără durere";
- „Merit să mă simt bine";
- „Nu sunt vinovat(ă) că mâ confrunt cu această durere (problemă)";
- „Mă pot vedea înirufflandu-mi durerea (problema)".

Se mai poate adăuga următorul text:

„In această stare de autohipnozâ plăcută, relaxantă, poți purta o discuție cu propriul tău corp despre modalitățile eficiente de a-ți reduce durerea. Ceea ce dorești, este să filtrezi suferința din orice ar putea cauza acele senzații de durere. Vrei să diminuezi acele senzații de durere și, pentru a putea face acest lucru, poți recurge la o strategie eficientă pe care o poți determina. Strategia utilizată ar putea consta în a înlocui durerea cu senzația de amorțeala sau de răcoare, sau de a înlocui durerea cu acea senzație care îți poate aduce eliberarea de cea mai multă durere... sau strategia ta ar putea consta în a-ți aduce aminte de gândurile pozitive asupra cărora te-ai concentrat mai înainte, sau ți-ai putea imagina un fascicol de lumină având culoarea ta favorită, pe care o asociezi cu vindecarea ce străbate tot corpul tău, tndrgptându-se în special asupra acelui loc, în care este cea mai mare nevoie de ea... sau strategia ta ar putea consta în a-ți distrage cumva atenția dinspre durere... sau ai putea pur și simplu pluti... sau merge în locul tău preferat, undeva pe o plajă sau în munți, sau în adăpostul tău special, fie singur, fie cu cineva... sau s-ar putea ca pur și simplu să descoperi un gând pozitiv, pe care sâ-l poți evoca oricând și care să te ajute să înfrunți durerea. Strategia ta ar putea consta în a evoca acea vitalitate și forța pe care le-ai avut într-un moment

anterior al vieţii tale şi-n a te bucura de acele sentimente acum, sau te-ai putea decide să le gândeşti la cineva pe care-l admiri şi. a cărui prezenţă aici te-ar bucura, te-ar putea ajuta gândul cum această persoană înfruntă adversităţile vieţii, şi cum aceasta persoană ar fi în stare să domine o durere cum este aceea cu care te confrunţi tu acum".

încheierea şedinţei de introducere a pacientului in autohipnoză

„După cum poţi vedea, uşa se prezintă practica autohipnozei. Este, de fapt, o metodă de comunicare cu propriul tău corp, prin care îi poţi spune corpului tău cum ai dori ca el să simtă şi să reacţioneze. Este o stare de concentrare relaxantă, în care corpul tău prezintă receptivitate maximă faţă de sugestiile pozitive. Constituie de asemenea o modalitate de a fi aici şi altundeva în acelaşi timp, pentru că o parte din tine este aici din punct de vedere fizic, ascultându-mă, fiind conştientă de durerea pe care o simţi, iar în acelaşi timp, o altă parte din tine poate fi altundeva, trăind sentimentul plăcerii şi distanţându-.ie de durere. Hipnoza este o stare mentală în care gândurile tale se pot orienta în acelaşi timp asupra mai multor lucruri. Asta înseamnă că în timp ce gândurile tale se concentrează asupra unor sugestii utile, care te pot ajuta să te eliberezi de durere, ele se pot îndrepta şi asupra altor lucruri, poţi auzi ceea ce se petrece în jurul tău, şi poţi furniza răspunsuri potrivite la acestea, dacă este nevoie, dar vei dori probabil să rămâi în această stare plăcută de concentrare relaxantă, pentru aţi termina exerciţiul. Această stare de conştientă, pe care o denumim hipnoză, este o stare în care vei putea pătrunde cu uşurinţă, şi pe care o vei putea utiliza cu succes pentru a-ţi controla durerea. Ea nu este somn. Este o comutare a atenţiei, pe care o poţi contrată. Din aceasta cauză, îi spunem şi autohipnoză sau antrenamentul autocontrolului. In autohipnoză, deşi te simţi foarte relaxat(ă), eşti în continuare treazfă), controlând pe toată durata exerciţiului, desfăşurarea lucrurilor, iar atunci când, după terminarea exerciţiului de autohipnoză, vei fi gata să-ţi reiei activitatea de zi cu zi, te vei simţi întotdeauna mulţumit(â) că ai practicat exerciţiul. Te vei simţi mai bine în privinţa lucrurilor legate de tine, iar la sfârşitul exerciţiului, vei dori, de asemenea, să sesizezi măsura în care te-ai eliberat de durere (sau măsura în care te-ai destins, sau în care ţi-ai diminuat anxietatea), pentru că după efectuarea exerciţiului te vei simţi întotdeauna mai bine."

Exerciţiu pentru „termometrizarca" durerii:

„Imaginează-ţi un termometru cu care-ţi masori durerea. In partea inferioară a acestui termometru avem valoarea 0, corespunzătoare lipsei durerii, în partea superioară putem citi valoarea 10, care corespunde celei mai mari dureri pe care ţi-o poţi imagina, iar atunci când vei fi capabil să vezi acest termometru al durerii, degetul tău se va ridica uşor. Poţi vedea această valoare a durerii, acum.... Ce valoare se poate citi pe «termometrul» durerii ? [«Termometrul» se poate folosi pentru a cuantifica durerea sau intervenţia asupra ei]. *Atunci când termometrul tău va indica o valoare inferioară, corespunzătoare unui nivel nuii confortabil, mai tolerabil al durerii, degetul tău se va ridica".* [După ce s-a introdus exerciţiul, pacientul recurge la vizualizarea lui ori de câte ori vrea să evalueze eficienţa unei strategii de control a durerii sau, terminând exerciţiul, de fiecare dată la sfârşitul lui, pentru a-şi estima nivelul durerii cu care încheie exerciţiul.}

ANEXA 9

Model de chestionar pentru determinarea raționamentului clinic

(după Stevens & Collins, 1977, citați de Mead, 1990)

întrebări care pot fi puse de supervizor înainte, în timpul sau după o ședință terapeutică pentru a determina raționamentul clinic a terapeutului

Selectarea sarcinilor':
- întreabă care este sarcina cea mai adecvată pentru acest client în acest moment,
- întreabă care este sarcina în care terapeutul este angajat cu acest client în acest moment,
- întreabă-te pe tine însuti care este sarcina îu care ar trebui să fie aagajat supervizorul în acest moment,
- întreabă care este modelul teoretic pe care îl apl tea terapeutul pentru realizarea obiectivelor,
- întreabă care principii ale teoriei le aplică pentru aceasta sarcină,
- întrebă care sunt variabilele teorie L care ar sugera că influențează comportamentul, emoțiile și cognijiile legate de aceasta sarcină,
- alege un contraexemplu pentru o variabilă insuficientă,
- alege un contiaexemphi pentru o variabilă ce nu este necesară,
- alege un exemplu cu aceleași variabile.

întrebări privind variabilele asociate simptomului :
- întreabă despfc variabilele antecedente,
- întreabă despre variabilele intermediare,
- întreabă despre variabilele următoare (viitoare),
- întrebă despre variabilele consecutive,
- întreabă cum depinde un răspuns sau un tip *(palteni)* de răspuns de o variabila dată.

Predicție:
- adresează o întrebare referitoare ia predicția unei anumite sarcini.

Confruntare:
- pune o întrebare înșelătoare (cate sâ inducă în eroare),
- formulează o regulă generală pentru *o* variabilă insuficientă,
- formulează o regulă generala pentru o variabilă inutilă.

Verificarea strategiei raționamentului clinic și testarea ipotezelor:
- solicită testarea unei ipoteze referitoare la o variabilă,
- întreabă care sunt variabilele relevante, demne de luat în considerare,
- testează consistența teoriei, principiilor sau variabilelor cu ajutorul unei ipoteze datg-

satcina - se referă la sarcinile evidențiate in modelul orientat asupra sarcinii.

Informarea terapeutului'.
- informarea terapeutului asupra sarcinii/sarcinilor sau a relației/relațiilor corecte,
- punctarea variabilelor necesare,
- punctarea variabilelor suficiente.

Variabile insuficiente:
- formularea unei reguli generale pentru variabilele insuficiente,
- alegerea unui contraexemplu pentru o variabilă insuficientă,
- verificarea unei variabile necesare,
- punctarea unei variabile necesare.
- verificarea similarităților dintre două sarcini, evenimente, tipare sau cazuri.

Variabile inutile:
- formularea unei reguli generale pentru variabilele inutile,
- alegerea unui contraexemplu pentru o variabilă inutilă,
- verificarea unei variabile suficiente,
- punctarea unei variabile suficiente,
- verificarea similarităților între două sarcini, evenimente, tipare sau cazuri.

Colectarea informației:
- întrebare asupra unei previziuni, ipoteze sau plan terapeutic efectuai fără suficientă informație,
- sublinierea unei previziuni inconsistente.
- întrebare asupra luării în considerare a unei variabile relevante,
- întrebare asupra luării în considerare a valorii unui posibil rezultat,
- întrebare asupra celor mai eficiente modalități de culegere a informațiilor necesare.

Formularea ipotezelor:
- întrebare asupra variabilelor antecedente,
- întrebare asupra variabilelor intermediare,
- întrebare asupra variabilelor viitoare,
- întrebare asupra variabilelor consecutive,
- formularea unei reguli generale pentru o variabilă insuficientă,
- formularea unei reguli general^pentru o variabilă inutilă,
- alegerea unui contraexemplu pentru o variabilă insuficientă,
- alegerea unui contraexemplu pentru o variabilă inutilă,
- examinarea unei variabile necesare,
- examinarea unei variabile suficiente.
- examinarea similarităților între două sarcini, evenimente, tipare sau cazuri.
- examinarea diferențelor între două sarcini, evenimente, tipare sau cazuri.

Bibliografie

AKISKAL, H.S., 2000, „Mood disorders: introduction and overview", în B.J. Sadock; V.A. Sadock (eds.). *Kaplan and Sadock's Comprehensive Texthook of Psychiatry,* sevemh edition on CD-ROM, Lippincott Williams& Wilkins, Philadelphia, PA.

ALDEN, PH.; HEAP, M., 1998, „Hypnotic pain control: Some theoretical and practicai issues", în *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* voi. 46(1), pp. 62-76.

ALLADIN. A., 1994, „Imegrating hypnosis and cognitive thcrapy in the undcrstanding and management of depression", în M. Hunter (ed.), *Frontiers of Hypnosis,* West Vancouver, Seâwalk, Canada.

ALLEN, B.TH., 1998, „A design of a combined cognitive-bchavioral, biofecdback and hypnosis training protocol for thc reduction of generalized anxiety disorder", în *Dissertation Abstracts International,* Section B: Thc Sciences and Engineering, voi. 59 (4-B), pp. 18-37.

ALLISON, D.B.; FAITH, M.S., 1996, „Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychothcrapy for obesiiy: a meta-analytic reappraisal", în *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* voi. 64 (3), pp. 513-516.

ANDREWS, G.; CR1NO, R.; HUNT, C.; 1.AMPE, L.; PAGE. A., 1994, „The treaiment of anxiety disorders", în *Clinician's Guide and Patient Manuals,* Cambridgc University Press, Cambridge.

APPEL, PH.R., 1999, „A hypnoticaily mediated guided imagery intervention for hurusive imagery: creating ground for figurc", în *American Journal of Clinical Hypnosis,* voi. 41 (4), pp. 327-335.

ARAOZ, D.; BURTE, J.; GOLDIN, E., 2001, „Sexual hypnotherapy for couples and family Counselors", în *Family Journal Counselling and Therapyfor Couples and Familiei,* **voi.** 9(1), pp. 75-81.

ARAOZ, D.L.; NEGLEY-PARKER^E., 1988, *The New Hypnosis in Family Therapy,* Brunncr/ Mazel, Publishers, New York.

ARON, L., 1996, „From hypnolic suggestion to free association: Freud as a psychotherapist, circa 1892-1893", în *Contemporary Psychoanalysis,* voi. 32 (1), pp. 99-114.

ARRIGO, B., 1998, „A hcrmeneutic-phenonienological investigation of thc process of changing limiting bcliefs about the seif in reimprinting", *va Dissertation Abstracts International,* Section B: The Sciences and Engineering, voi. 59 (6-B), p. 3045.

BADDELEY, M-, 1996, „Hypnotherapy, Gestalt, EMDR and the treatment of post traumatic stress", *în Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis,* **voi.** 17 **(1),** pp. **41-47.**

BADY, S.L., 2001, „Thc bestofboth worlds: Combining tradiţional and Ericksonian hypnosis", *in Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* voi. 29 (1), pp. 68-77.

BAKER, H., 2001, „Hypnosis for anxiety reduction and ego-enhancement", in *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* voi. 29 (2), pp. 147-151.

BANDLER, R., 1995, *Elmes vălto zăsok,* Bioenergetic Kft., Budapest.

BANDLER, R.; **GRINDER, J.,** 1975, *Patterns of the Hypnotic Techniques of Milion H. Erickson, M.D.,* voi. 1., Meta Publications, Cupertino.

BANDLER, R.; **GRINDER, J., 1990,** *Frogs imo Princes. Neuro Linguistic Program/ning,* Eden Grovc Ed., London.

BANYAI, E.I., 1998, „The interactive nature of hypnosis: Research evidence for a social-psychobiological model", în *Contemporary Hypnosis,* voi. 15 (1), pp. 52-63.

BARABASZ, A.; BARABASZ, M.; JENSEN, S.; CALVIN. S.; TREVISAN, M.; WARNER, D., 1999, „Cortical event-relatedpotentials show the structureofhypnotic suggestions is crucial", în *International Journal of Clinicai and Experimental Hypnosis,* voi. 47 <1), pp. 5-22.

BARBER, J., 1989, „Contributionâ I'etude de l'analgesie hypnotique". în *Phoenix,* (4), pp. 2-8.

BARBER, J., 1994, „Induction rapide de l'analgesie hypnouquc", în *Phoenix,* 6 (24), pp. 37-43.

BARBER, J., 1998, „The mysterious persistence of hypnotic analgesia", în *International Journal of Clinicai and Experimental Hypnosis,* voi. 46 (1), pp, 28-43.

BARBER, J., 1998, „When hypnosis causes trouble", în *International Journal of Clinicai and Experimental Hypnosis,* voi. 46 (2), pp. 157-170.

BARBER, J., 2000, „Where Ericksonian legend mcets scienrific method: A comment on Matthews", *în International Journal of Clinicai and Experimental Hypnosis,* voi. 48 (4), pp. 427-432.

BARBER, TH.X,, 1999, „Hypnosis: A mature view", în *Contemporary Hypnosis,* voi 16 (3), pp. 123-127.

BARBER. TH.X., 1999a, *A Comprehensive Three-âimensional Theory of Hypnosis.*

BARBER, TH.X., 2000, „A deeper understanding of hypnosis: Its secrets, its nature, its essence", în *American Journal of Clinicai Hypnosis,* voi. 42 (3-4), pp. 208-272.

BARBER, TH.X.; SPANOS, N.R ; CHAVES, J.F., 1974, *Hypnosis, Imaginaiion and Human Potentialities,* Pergaraon Press, New York.

BARKER, P, 1991, *Using Metaphors in PsychotherapJ,* Brunner/Mazel, Publishers, New York.

BARLING, N.R., 1998, „Experiential analogies and hypnotherapy", *ia Australian Journal of Clinicai and Experimentat Hypnosis,* voi. 26 (1), pp. 19-25.

BARNIER, A.J., 1999, „Posthypnotic suggestion: Attention, awareness, and automaticity", în *Sleep and Hypnosis,* voi. 1 (1), pp. 57-63.

BARNIER, A.J.; McCONKEY, K.M., 1999, „Hypnotic and posthypnotic suggestion: Finding meaning in the message of the hypnotist", în *International Journal of Clinicai and Experimental Hypnosis,* voi. 47 (3), pp. 192-208.

BARNIER, A.J.; McCONKEY, K.M., 2001, „Posthypnotic responding: The retevance of suggestion and test congruence", în *International Journal of Clinicai and Experimental Hypnosis,* voi. 49 (3), pp. 207-219.

BARNIER, A.J.; McCONKEY, K.M., „Absorption, hypnotizability and context: Non-hypnotic comexts are not all the same", în *Contemporary Hypnosis,* voi. 16 (1), pp. 1-8.

BECK, A.T.; EMERY, G., 1999, *A szorongdsos zavarok esfâbiăk /cognitiv szemlelete,* Animula, Budapest.

BECK, A.T.; RUSH, A.J.; SHAW, B.R ; EMERY, G., 2001, *A depresszio kognitiv lerâpiâja,* Animula, Budapest.

BEDELL, J.R.; LENNOX, S.S., 1997, *Hanâbookfor Conununication and Problem - Solving Skills,* John Wilcy and Sons Inc., New York.

BENOTSCH, E.G., 1999, „Individual dif'ferences and psychological preparation for invasive medical procedures", în *Dissertation Abstracls International,* Section B: The Sciences and Engineering, voi. 59 (9-B), p. 5070.

BENSON, H.; STARK, M., 1996, *Timeless flealing. The Power and Biology ofBelief,* Scribner. New York.

BERGMAN, J.S., 1990, „Clinicai roadmaps forprescribingrituals", în J.K. Zeig; *S.G.* Gilligan (eds.), *BriefTherapy,* Brunner/Mazel Publ., New \brk,

BERNHEIM, H., 1973, *Hypnosis and Suggestion in Psychotherapy*, Northvale, New Jefsey, Jason Aronson Inc., London.

BERNSTEIN, D A.; BORKOVEC, T.D.; HAZLETT, S.H., 2000, *New Directions in Progressive Relaxation Training: A Guidebookfor Helping Professionals,* Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group, Inc., Westport, CT, US.

BESTEIRO GONZALEZ, J.L.; GARCIA CUETO. E.. 2000, „Utilizaci6n de Ia hipnosis en el tratamiento de la depresion mayor/The use of hypnosis in depression treatments", în *Psichothema.* voi. 12 (4), pp. 557-560.

BIBBY, H.; McCONKEY, K.M.; L1M, D., 2001, „Indexing the rclationship betwcensclf-hypnosis and hctero-hypnosis", în *Contemporan/ Hypnosis,* voi. 18 (1), pp. 38-48.

BIERHOFF, H.W.; KLEIN, R.. 1989, „Expectations, confirmation bias and suggestibility", în Gheorghiu, V.A.; Netter, P; Eysenck, II.J.; Rosenthal, R. (eds.), *Suggcstion andSuggestibility : Theory and Research.* Springer-Vcrlag, Berlin, pp. 237-246.

BLOOM, P.B., 1997, *IIow does a non-Ericksonian integrate Ericksonian techniques without becoming an Ericksonian '!*

BORCH JACOBSEN. M.; BR1CK, D. (trans), 2000, „How to predici the past: From trauma ta repression", în *ftistory of Psychiatry,* voi. 11 (41,1), pp. 15-35.

BOURNE, R.A., 1989, „Frompanic to peace. Rccognizing the continua", în M.D. \apko (ed.), *Brief Therapy Approaches io Trealing Anxiety andDepression,* Brunner/Mazcl Publisher, New York.

BROWN, R.J., 1999, „Three dimensions of hypnosis or multiple routes to suggested responding? ", în *Contemporary Hypnosis,* voi. 16 (3), pp. 128-131.

BRYANT, R.A.; KOURC1I, M., 2001, „Hypnotically induced emoțional numbing", în *International Journal of Clinteai and Experimental Hypnosis,* voi. 49 (3), pp. 220-230.

BURKHARD, P. *et al.* (eds.), 1996, *Munich Lectures on Hypnosis and Psychotherapy,* M.E.G.-Stiftung, Miinchen.

BURNS, G.W., 2001, *101 Healing Stories. Using Metaphors in Therapy,* John Wiley& Sons Inc., New York.

CAGIADA.S.; CANrDlO.L.; PENNATI, A.. 1997, „Successful integrated hypnotic and psycho-pharmacological treatment of a war-relatcd post-traumatic psychological and somatoform dissociative disorder of two years duration (psychogenic coma)", în *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders,* voi. 10 (3), pp. 182-189.

CALÂNDRJNO, J.G., 2000, „Durability of posthypnotic suggcstion as a function of participants' posthypnotic state and difficulty level of suggcstion", în *Dissertation Abstracts International,* Section B: The Sciences and Engineering, voi. 61 (5-B), p. 2748.

CALANDR1NO, J.G.; KURTZ, R.M.; STRUBE, M.J., 2001, „Efficacy of induction and difficulty level in durability of posthypnotic suggestions", în *American Journal of Clinical Hypnosis,* voi. 44 (1), pp. 13-25.

CAMINO, A.; GIBERNAU, M.; ARAOZ, D.L., 1999, „Ericksonian hypnosis : Applications in 'psychotherapy", în *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis,* voi. 20 (1), pp. 23-38.

CAPAFONS, A.; ALARCON. A.; MEMMINGS, M., 1999, „A metaphor for hypnosis", în *Australian Journal of ClinicaUind Experimental Hypnosis,* voi. 27 (2), pp. 158-172.

CARDENA, E.. 1999, „Culture arid psychopathology: The hidden dimensions in T. X. Barber's thcory", în *Contemporan Hypnosis,* voi. 16 (3), pp. 132-138.

CARDENA, E., 2000, „Hypnosis in the treatment of trauma: A promising, but not fully supported, efficacious intervention". în *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, voi. 48 (2), pp. 225 -23 8.

CARDENA, E.; MA1.DONADO, J.; VAN-DER-I1ART, O.; SPIEGEL, D.. 2000, „Hypnosis", în E.B. Foa, T.M. Kcane *etal.* (eds.). *Effective treatmentsfor PTSD: Practice guidelines from the International Societyfor Traumatic Stress Studies,* The Guilford Press., New York, NY, US.

CARRESE, M.A.: ARAOZ, D.L., 1998. „Sclf-hypnosis in sexual functioning", în *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis,* voi. 19 (2), pp. 41-48.

CHAVES, J.F., 2000, *Hypnosis in the Management ofAnxiety Associated mih Medical Conditions and their Treatment.*

CHAVES, J.F., 1999, „Deconstructing hypnosis: A generative approach to thcory and research", în *Contemporary Hypnosis,* voi. 16 (3), pp. 139-143.

CITRENBAUM. C.M.; KJNG, M.E.; COHEN, W.i., 1985, *Modern Clinical Hypnosis for Habit Control.* W.W. Norton & Co., New York.

COMEY, G.; KIRSCH. I.. 1999, „Intențional and spontaneous imagery in hypnosis: The phcnomcnology of hypnotic responding", în *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* voi. 47 (1), pp. 65-85.

COTTON, D.H.G., 1990, *Stress Management. An integrated Approach to Therapy,* Brunner/ Mazcl Pubtishers, New York.

COURT, J.H.; COURT, P.C., 2001, „Rcpression: R.I.P.", *îa Australian Journal of Clinteai and Experimental Hypnosis,* voi. 29 (1), pp. 8-16,

CRAWFORD, H.J., 1989, „Cognitive and Physiologicat Flexibility: Multiple Pathways to Hypnotic Responsivencss", în Gheorghiu, V.A.; Netter, P.; Eysenck, H.J.; Rosenthal, R. (cds.), *Suggestion and Suggestibility: Theory and Research,* Springcr-Verlag, Berlin, pp. 155-168.

DAFINOIU, I., 1992, „Considerații privind stadiul actual al cercetărilor în domeniul sugestiei", în *Analele Științifice ale Univ. „AU. Cuza",* Psihologie-Fedagogie, T. I, pp. 76-84.

DAIGUJI, M.; HAGA, A.; KASAI, H., 2000, „Tbe relationship of imaginative involvements to personality traits and anxicty tendency", în *Japanese Journal of Hypnosis,* voi. 45 (I), pp. 24-27.

DE BETZ, B.; SUNNER G., 1985, *A Primer of Clinteai Hypnosis,* PSG Publ. Co.. Littleton.

DE BROUX, L.M.A., 1997, „The New Hypnosis; The next generation of the Ericksonian approach", în *Australian Journal ofClinical Hypnotherapy and Hypnosis,* voi. 18 (2), pp. 61-82.

DE PASCALIS, V., 1989, „Hypnotic Susceptibility, Alpha Waves and 40-H_2 EEG Rhytm, and Personality", în Gheorghiu, V.; Netter, P.; Eysenck, H.J.; Rosentbal, R. (eds.), *Suggestion and Suggestibitity: Theory and Research,* Springer-Verlag, Berlin, pp. 221-240.

DE SHAZER, S., 1985, *Keys To Solutions in BriefTherapy,* W.W.Norton and Co., New York.

DEGUN MATHER, M.D., 1997, „The use of hypnosifcjn the treatment of posWraumatic stress disorder in a survivor of multiple childhood trauma", în *Contemporary Hypnosis,* voi. 14 (2), pp. 100-104.

DEGUN MATHER, M., 2001, „The value of hypnosis in the treatment of chronic PTSD with dissociative fugues in a war veteran", în *Contemporary Hypnosis,* voi. 18 (1), pp. 4-13.

DELMONTE, M.M., 1996, „The use of hypnotic regression withpanic disorder: A case report", *în Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis,* voi. 17 (1), pp. 1-5.

DESLAND, M., 1997, „Post traumatic stress disorder", în *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* voi. 25 (1), pp. 61-73.

DIAMOND, M.J., 1999, „Rapprochement at the millennium: A historically oriented commentary on T. X. Barber's «A comprehensive three dimensional theory of hypnosis»", în *Contemporary Hypnosis,* voi. 16 (3), pp. 144-145.

DITRICH, J., 1999, „From dominatrix to Iawyer: A case study in the application of PSH therapy to a fcar of using public toilets", *în Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis,* voi. 20 (2), pp. 112-123.

DORON, A.; MENDLOVIC, SH,, 1999, „Hypnosis and Winnicott's transitional phase", în *Contemporary Hypnosis,* voi. 16 (1), pp. 36-39.

DOWD, E.T., 1997, „The Use of Hypnosis in Cognitive-Developmental Therapy", înR.L. Leahy (ed.), *Practicing Cognitive Therapy. A Guide to Interventions,* Jason Aronson, London.

EDMONSTON, W.E., 1989, „Conceptual Clarification of Hypnosis and its Relationship to Suggestibility", în Gheorghiu, V.A.; Netter, P.; Eysenck, H.J.; Rosenthal, R. (eds.), *Suggestion and Suggestibility: Theory and Research,* Springer-Verlag, Berlin, pp. 69-78,

EDMONSTON, W.E. jr., 1989, „Psychophysiological and Psychobiological Aspects of Suggcstivc Processes: A Commentary", în Gheorghiu, V.A.; Netter, P.; Eysenck, H.J.; Rosenthal, R. (cds.), *Suggestion and Suggestibility: Theory and Research,* Springer-Verlag, Berlin, pp. 249-252.

EDWARDS, L.A., 1999, „Self-hypnosis and psychological interventions for symptoms attributed to Candida and focd intolerance", în *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis,* voi. 20 (1), pp. 1-12.

EIMER, B.N., 2000, „Clinical applications of hypnosis for brief and efficient pain-management psychothcrapy", în *American-Journal-of-Clinical-Hypnosis,* voi. 43 (1), pp. 17-40.

EIMER, B.N.; FREEMAN, A., 1998, *Pain Management Psychotherapy. A Practicai Guide,* John Wiley & Sons Inc., New %rk.

ELKINS, G.R., 2000, „Hypnosis, gricf and mourning", în *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* voi. 28 (1), pp. 61-73.

ELKINS, G.R.; HAMMOND, D.C., 1998, „Standardsof training inclinical hypnosis; Preparing professionals for 01621" century", *în American Journal of Clinteai Hypnosis,* voi. 41 (I), pp. 55-64.

ELKINS, G.R.; WALL, V.J., 1996, „Medical refcrrals for hypnotherapy: Opinionsof physicians, residents, family practice outpaticnts and psychiatry outpatients", în *American Journal of Clinica! Hypnosis,* voi. 38 (4), pp. 254-262.

ELLIS, A., 1996, „Using hypnosis in raţional-emotive behavior thcrapy in die case of Ellen", în S.J. Lyrrri; I. Kirsch *et al.* (eds.), *Casebook of clinicul hypnosis.* American Psychological Association, Washington DC, US.

ELLIS, A., 2001, „Changing die usc of hypnosis in my practice", în S. Kahn; E. Fromm (cds.), *Changes in Ihe therapist,* Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers, Mahwah. NJ, US.

ELLIS, A.; DRYDEN, W., 1997, *The Practice of Raţional Emotive Behavior Therapy,* Springer Publishing Company, New York.

ELLSMORE, W., 2001, „Hypnosis in the multi-modal treatment of chronic anxicty", *în Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* voi. 29 (2), pp. 122-130.

ERICKSON, II.M., 1961, „Historical noteon the hand levitationandother ideomotortcchniques", în *American Journal of Clinical Hypnosis,* voi. 3 (3), pp. 196-199.

ERICKSON, H.M., 1964, „Iniţial experiments investigating the naiure of hypnosis", în *American Journal of Clinical Hypnosis,* voi. 7 (2), pp. 152-162.

ERICKSON, H.M., 1964, „The confusion teehniquc in hypnosis", în *American Journal of Clinical Hypnosis,* voi. 6 (3), pp. 183-207.

ERICKSON, H.M., 1965, „The hypnotic corrective emoţional experience", în *American Journal of Clinical Hypnosis,* voi. 7 (3), pp. 242-248.

ERICKSON, H.M., 1965, „The use of symptoms as an integral part of hypnotherapy", în *American Journal of Clinical Hypnosis,* voi. 8 (1), pp. 57-65.

ERICKSON, H.M., 1966, „Experiential knowledge of hypnotic phenomena cmployed for hypnotherapy", *în American Journal of Clinical Hypnosis,* voi. 8 (4), pp. 299-309.

ERICKSON, H.M., 1970, „Hypnosis: its renascence as a treatment modality", în *American Journal of Clinical Hypnosis,* voi. 13 (2), pp. 71-89.

ERICKSON, H.M., 1990, *L'hypnose therapeutique,* E.S.F., Paris.

ERICKSON, H.M.; ERICKSON, B.A., 1958, „Further considerations of time distortion: subjective time considerationas distinct from time expansion", *în American Journal of Clinical Hypnosis,* voi. 1 (2), pp. 83-88.

ERICKSON, H.M.; ROSSI, L.E.; ROSSI, S.I., 1976, *Hypnotic Reatities,* Irvington Pub. Inc., New York.

ERICKSON, H.M.; ROSSI, L.E., 1981, *Experiencing Hypnosis,* Irvington Pub. Inc., New York.

ERNST, E.; RÂND, J.1; STEVINSON, C, 1998, „Complemcntary therapies for depression: An overview", în *Archives of General Psychiatry,* voi. 55 (11), pp. 1026-1032.

EVANS, F.J., 2000, „The domain of hypnosis: A multifactorial model", în *American Journal of Clinical Hypnosis,* voi. 43 (1), pp. 1-16.

EYSENCK, H.J., 1989, „Personality, primary and secondary suggcstibility, and hypnosis", în Gheorghiu, V.A.; Netter.P.; Eysenck, H.J.; Rosenthal, R. (eds.), *SuggestionandSuggestibility: Theory and Research,* Springer-Verlag, Berlin, pp. 57-68.

FALLOON, 1.R.H.; LAPORTA, M.; FADDEN, G.; GRAFIAM-HOLE, V., 1993, *Managing Stress in Families. Cognitive and Behavioural Strategiesfor Enhancing Coping Skills,* Routledge, London.

FARNILL, D., 1998, „Hypnosis as an adjunct to counselling for anxicty", în *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* voi. 26 (2), pp. 172-176.

FARNILL, D.; GORDON, J.; SANSOM, D., 1997, „The role of effectivc fccdback in clinical supervision", în *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* voi. 25 (2), pp. 155-161.

FFRENCH, CH.H., 1996, „Hypnosis to alleviate classically conditioned fear of choking in a child", *în Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* voi. 24 (2), pp. 145-148.

FFRENCH, CH., 2000, „The meaning of trauma : Hypnosis and PTSD", în *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* voi, 28 (2), pp. 188-199.

FLEMONS.D.G; SHULIMSON.J.A., 1997, „Participating in thcculturc of cancer: A demilitarizetl approach to treatment", în *Contemporary Hypnosis.* voi. 14 (3), pp. 182-188.

FOURIE, D.P., 1997, „«Indirect» suggestion in hypnosis: Theoretical and experimental issucs. în *Psychological Reports,* voi. 80 (3,2), pp. 1255-1266.

FOX, P.A.; HENDERSON, D.C.; BARTON, S.E.; CHAMPION, A.J.; ROLLIN, M.S.H.: CATALAN, J.; McCORMACK, SH.M.G.; GRUZELIER, J., 1999, Jmmunological markers of frequently recurrent genital herpes simplex virus and their response to hypnotherapy: A pilot study", în *International Journal ofSTD and AIDS,* voi. 10 (11). pp- 730-734.

FREEMAN, A.; DiTOMASSO, R.A., 1994, „The cognitive theory ofanxiety", în B.B. Wolman; G. Stricker (eds.), *Anxiety and Related Disorders. A Handbook,* John Wiley& Sons, Inc.. New York.

FROMM, E.; NASH, M.R., 1992, *Contemporary hypnosis reseurch,* The Guilford Press, New York, London.

GARVIN, A.W.; TRINE, M.R.; MORGAN, W.P.. 2001, „Affectivc and metabolic responses to hypnosis, autogenic relaxation and quiet rest in the supine and seated positions", în *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* voi. 49 (1), pp. 5-18.

GAULD, A., 1999, „Clearing the decks agata?", 4n *Contemporary Hypnosis,* voi. 16 (3). pp. 146-149.

GAWLER, I., 1998, „The creative power of imagery : Specific techniques for pcoplc affected by cancer", *în Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis,* voi. 19 (1), pp. 17-30.

GEMIGNANI, A.; SANTARCANGELO, E.; SEBASTIANI, L.; MARCHESE, C.; MAMMOLITI, R.; SIMON1, A.; GHELARDUCCI, B.. 2000, „Changes in autonomie and EEG patterns induced by hypnotic imagination of aversive stimuli in man", în *Brain-Research--Bulletin,* voi. 53 (1), pp. 105-111.

GEORGE, E.; IVESON, C.; RAATNER, H., 1995, *Megolddskozpontu terapia - a De Shazer-model,* Animula, Budapest.

GEVERTZ, L., 1996, „Mirror, mirror on the wall", în *Contemporary Hypnosis,* voi. 13 (2), pp. 80-83.

GHEORGHIU, V.A., 1977, *Hipnoză - realitate șifiepune,* E.D.P., București.

GHEORGHIU, V.A., 1989a, „The developmentof research on suggestibility: Criticai consideration", în Gheorghiu, V.A.; Netter, P.; Eysenck, H.J.; Rosenthal, R. (eds.), *Suggestion and Suggestibility: Theory and Research,* Springer-Verlag, Berlin, pp. 3-56.

GHEORGHIU, V.A., 1989b, „The difficulty in explaining suggestion: Some conceivable solutions". in Gheorghiu, V.A.; Netter, P.; Eysenck, H.J.; Rosenthal, R. (eds.), *Suggestion and Suggestibility: Theory and Research,* Springer-Verlag, Berlin, pp. 99-112.

GHEORGHIU, V.A.; CIOFU, I., 1982, *Sugestie și sugestibilitate,* Ed. Academiei, București.

GHEORGHIU, V.A.; KOCH, E.; FIALKOVSK1, H.; PIEPER, W.; MOLZ, G.. 2001. „Factors influencing the illusion of warmth", în *Contemporary Hypnosis,* voi. 18 (1), pp. 21-31.

GHEORGHIU, VA.; KRUSE, R, 1991, „The psychology of suggestion: An integrative perspective", inSchumaker, J.F. (ed), *Human Suggestibility,* Routledge, New York, London. pp. 59-75.

GHEORGHIU, V.A.; KRUSE, P, 1992, „Suggestion as a cognitive strategy", în Bongartz, W. (ed.), *Hypnosis: 175 Years after Mesmer. Recent Developments in Tlieory and Application.* Univ. Verlag Konstanz, Konstanz.

GHEORGHIU, V.A.; NETTER, P.; EYSENCK, H.J.; ROSENTHAL, R. (eds.), 1989. *Suggestion and Suggestibility: Theory and Research,* Springcr-Verlag, Berlin.

GILBERT, R, 1992, *Counselling for Depression.* Sagc Publications, London.

GILL, S.T., 2001, „An Ericksonian hypnosis intervention on psychological distress and immune functioning in HIV-1 seropositive patients", în *Dissertation Abstracts International,* Section B: The Sciences and Engineering, voi. 61 (10-B), p. 5612.

GILLIGAN, S.G., 1997, „Living inapost-Ericksonian worid", în WJ. Matthews; J.H. Edgette, John H. (eds.), *Current Thinking and Research in Brief Therapy: Solutions, Strategies, Narratives,* voi. 1, Brunner/Mazel Inc., Philadelphia, PA, US.

GILLIGAN, S.G., 1987, *Therapeutic Trances. The Coopemtion Principie in Ericksonian Hypnosis,* Brunner/Mazel, Publishers, New York.

GILLIGAN, S.G., 1989, „The therapist as variety generator: Developing solutions with depressed patients", în M.D. Yapko (ed.), *Brief Therapy Approaches io Treating Anxiety and Depression,* Brunner/Mazel Publisher, New York.

GODIN, J., 1992, *La nouvelle hypnose: Vocabulaire, principes et methode,* Editions Albin Michel S.A., Paris.

GODOY, P.H.T.; ARAOZ, D.L., 1999, „The use of hypnosis in anxiety, phobia and psycho-sbmatic disorders: An eight-year revicw (part onc)", în *Australian Journal of Clinteai Hypnotherapy and Hypnosis,* voi. 20 (2), pp. 65-72.

GODOY, P.H.T.; ARAOZ, D.L. (trans), 1999, „The use of hypnosis in posttraumatic stress disorders, eating disorders, sexual disorders, addictions, depression and psychosis: An eight-year review (part two)", în *Australian Journal of Clinteai Hypnotherapy and Hypnosis,* voi. 20 (2), pp. 73-85.

GORTON, G.E., 2000, „Psychodynamic approaches *Xo* the patient", în *Psychiatric Services,* voi. 51 (11), pp. 1408-1409.

GRAVITZ, M.A.. 2001, „Perceptual reconstruction in the treatment of inordinate griePˌ în *American Journal ofClinicat Hypnosis,* voi. 44 (1), pp. 51-55-

GREGG, V.H., 1999, „Hypnosis: Three dimensions, one theory ?", în *Contemporary Hypnosis,* voi. 16 (3), pp. 150-152.

GREIST, J.H.; JEFFERSON, J.W., 1992, *Depression and its Treatment,* Revised Edition, American Psychiatric Press, Washington DC.

GRIFFITHS, R. A; HADZIPAVLOVIC, D.; CHANNON LITTLE, L., 1996, „The short-term follow-up effects of hypnobehavioural and cognitive bchavioural treatment for bulimia nervosa", în *European Eating Disorders Review,* voi. 4 (1), pp. 12-31.

GRINDER, J.; BANDLER, R., 1981, *Trance-formatîons. Neurv-Linguistic Programming and the Structure of Hypnosis,* Real People Press, Moab, Utah.

GRINDER, J.; DELOZIER, J.; BANDLER, R., 1977, *Patterns ofthe Hypnotic Techniques of MiltonH. Erickson, M.D.,* voi. II, Meta Publications, Cupertino, CA.

GRUZELIER, J-, 2000, „Unwanted effects of hypnosis: A review of the evidence and its implications", în *Contempordfy Hypnosis,* voi. 17 (4), pp. 163-193.

GUDJONSSON, G-H., 1989, „Theoretical and empirical aspects of interrogative suggestibility", în Gheorghiu, V.A.; Netter, P.; Eyscnck, H.J.; Rosenthal, R. (eds.), *Suggestion and Suggestibility: Theory and Research,* Springer-Verlag, Berlin, pp. 135-143.

HACKMAN, R.M.; STERN, J.S.; GERSHWIN, M.E., 2000, „Hypnosis and asthma: A criticai review", în *Journal of Asthma,* voi. 37 (1), pp. 1-15.

HAISCH, J., 1989, „Suggestion, self-attribution and behavior", în Gheorghiu, V.A.; Netter, P.; Eyscnck, H.J.; Rosenthal, R. (eds.), *Suggestion and Suggestibility: Theory and Research,* Springer-Verlag, Berlin, pp. 361-370.

HALEY, J., 1967, „Commentaiy on the writings of Milton H. Erickson", în J. Haley, *Advanced Techniques of Hypnosis and Therapy: Selected Papers of Milton Erickson, M.D.,* Grune & Stratton, New York.

HALEY, J., 1984, *Un therapeute horsdu commun: Milton H. Erickson,* Desclee de Brouwer, Paris.

HALEY, J., 1986, *Uncommon Therapy,* W.W. Norton and Co., New York.

HALEY, J., 1991, *Problem-Soiving Therapy,* Harper and Row, New York.

HALLAM, R., 1992, *Counselling for Anxiety Problems,* Sage Publications, London.

HANNIGAN, K., 1999, „Hypnosis and immune system functioning", în *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* voi. 27 (1), pp. 68-75.

HANNIGAN, K., 2000, „Self-hypnosis revisited: Much ado about nothing", *în Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* voi. 28 (2), pp. 138-149.

HART, B.B.; HART, CH„ 1996, „Managing examination anxicty", în *Contemporan/ Hypnosis,* voi. 13 (2), pp. 84-88.

HART, CU.: HART, B., 1998, „Hypnosis in the alleviationof procedure related pain anddistress in paediatrîc oncology patients: Commeniary", în *Contemporary Hypnosis,* voi. 15 (4), pp. 208-211.

HAVENS. R.A.; WALTERS. C, 1989, *Hypnotherapy Scripts,* Brunner/Mazel Publisher, New York.

HAWKINS, P.J., 1994, „Hypnosis in counsclling", în *Counselling Psycftology Review,* voi. 9 (3), pp. 4-8.

HAWKINS, P.J., 1994, *Perspectives in Clinical Hypnosis,* University of Sunderland, Sundcrland.

HAWKINS, PJ ; UOSSI, CH.; EWART, B.W.; HATIRA, P; KOSMIDIS, V.H., 1998, „Hypnosis in the alleviation of procedure related pain and distress in paediatric oncology patients", în *Contemporary Hypnosis,* voi. 15 (4), pp. 199-207.

HESS, A.K., 1998, „The elements of transformative experience in interpersonal psychotherapy: A casc illustration", în *Psychotherapy in Private Practice,* voi. 17 (4), pp. 17-26.

HIGGINS, D.L., 1989, *Anxiety as a Function of Perception: A Theory About Anxiety and a Procedure io Reduce Symptoms to Manugeable Levels,* în M.D. Yapko (ed.), *Brief Therapy Âpproaches to Treating Anxiety and Depression,* New York, Brunncr/Mazcl, Inc.

HIRSCHFELD, R.M.A.; SHEA, M.T., 2000, „Mood disordcrs. Psychotherapy", în B.J. Sadock; V.A. Sadock (eds.), *Kaplan and Sadock 's Comprehensive Textbook of Psychiatry,* scvcnth edition on CD-ROM, Lippincott Williams& Wilkins Philadelphia, PA.

HOAREAU, J-, 1993, *L'Hypnotherapie,* Ed. Robert Lafîont, Paris.

HOLDEVIC1, I., 2001, *Hipnoza clinică,* Ceres, București.

HOLLANDER, H.E.; BENDER, SH.S., 2001, „ECEM (Eye Closure Eye Movements): Intcgrating aspects of EMDR with hypnosis for treatment of trauma", în *American Journal of Clinical Hypnosis,* voi. 43 (3-4), pp. 187-202.

HOOPER, R.I; WALLING, M.K; JOSLYN, W.D., 1996, „Logotherapcutic principles in the treatment of panic attacks with agoraphobia: A case history", în *International Forum for Logotherapy,* voi. 19 (2), pp. 95-99.

HOWSAM, D.G., 1999, „Hypnosis and recurrent menstrual headaches", în *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* voi. 27 (2), pp. 118-124.

HUNTER, M. E., 1988, *Day dreams for Discovery.* A manual for hypnothcrapists, Sca Walk Press, West Vancouver, Canada.

HUNTER, M. (ed.), 1994, *Frontiers of Hypnosis,* West Vancouver, Seawalk, Canada.

JACOBS, E.; PELIER, E.; LARKIN, D., 1998, „Ericksonian hypnosis and approachcs with pediatric hematology oncology patients", în *American Journal of Clinical Hypnosis,* voi. 41 (2), pp. 139-154.

JAHODA, G., 1989. „Some historical and cultural aspects of suggestion", în Ghcorghiu, V.A.; Netter, P.; Eysenck, H.J.; Rosenthal, R. (eds.), *Suggestion and Suggestihility: Theory and Research,* Springcr-Verlag, Berlin, pp. 255-262.

JIRANEK, D., 2000, „Use of hypnosis in pain management and post-traumatic stress disorder", în *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* voi. 28 (2), pp. 176-187.

JOHNSON, V.C ; WALKER, L.G; HEYS, S.D; WHITING, P.H. *etal.,* 1996, „Canrclaxation training and hypnothcrapy modify the immune response to stress, and is hypnotizability relevant?", în *Contemporary Hypnosis,* voi. 13 (2), pp. 100-108.

KALT, H.W., 2000, „Psychoneuroimmunology: An interpretation of experimental and casc study evîdence towards a paradigm for prcdictable results", în *American Journal of Clinical Hypnosis,* voi. 43 (1), pp. 41-52.

KAZD1N, A.E., 1994, *Behavior Modification in Applied Settings,* Brooks/Colc Publishing Company, Pacific Grove, CA.

KIECOLT GLASER, J.K; MARUCHA, PH.T.; ATKINSOIM, C.; GLASER, R., 2001, „Hypnosis as a modulator of cellular immune dysregulation during acute stress", *în Journal of Consulting and Clinical Psychology,* voi. 69 (4), pp. 674-682.

KIRSCH, I., 1992, „The social learning theory of hypnosis", în Bongartz, W. (ed.), *Hypnosis : 175 Years after Mesmer. Recent Developments in Theory and Application,* Univ. Verlag Konstanz, Konstanz.

KIRSCH, I,, 1996, „Hypnosis in psychothcrapy : Efficacy and meth^trsrrs'. ;-. C-wo.-»-^ *Hypnosis.* voi. 13 (2), pp. 109-114.

KIRSCH, I., 1999, „Setting the record straight (again)", in *American Journal qfCix.-^l ftwta.* voi. 41 (3), pp. 226-230.

KIRSCH, 1., 2000, „The tesponse set thcory of hypnosis", in *American Journal of Clinica! Hypnosis,* voi. 42 (3-4), pp. 274-292.

KIRSCH, 1.; BRAFFM AN, W., 2001, „Imaginative suggestibility and hypnotizabiliiy". in *Currem Directions in Psychological Science,* voi. 10 (2), pp. 57-61.

KIRSCH, I., COE, W.C., 1966, „Multimodal treatinent in the case of Ellen", în S.J. Lynn; L Kirsch *et al.* (eds.), *Casebook of clinical hypnosis,* American Psychological Association, Washington, DC, US.

KLEINKE, C.L., 1994, *Common Principles of Psychotherapy,* Brooks Colc Publishing Company. Pacific Grove, CA.

KLUFT, R.P., 1996, „Commentary on: «Inner child work: What is really happening?»", în *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders.* voi. 9 (1), pp. 78-79.

KROGER, W.S., 1977, *Clinical and Experimental Hypnosis in Medicine, Dentistry and Psychology,* second edition, J.B. Lippincott Company, Philadelphia.

KRUSE, P., 1989, „Somc suggcstions about sugestion and hypnosis: A radical constructivist vicw", în Gheorghiu, V.A.; Netter, P.; Eysenck. H.J.; Roscnthal, R. (eds.), *Suggeslion and Suggestibility: Theory and Research,* Springer-Verlag, Berlin, pp. 91-98.

LANKTON, C.H.; LANKTON, S.R., 1989, *Ta Ies ofEnchantment. Goal Oriented Metaphorsfor Adults and Children,* Brunncr/Mazcl Publ., New York.

LANKTON, S.R.; LANKTON, C.H., 1983, *The Answer Within: A Clinicul Fmmework of Ericksonian Hypnotfierapy,* Brunner/Mazel Publ., New York.

LEAHY, R.L., 1997a, „Cognitive therapy interventions", înR.L. Leahy (cd.), *Praaicing Cognitive Therapy,* A Guide to Interventions, Jason Aronson, London.

LEVY, PH., 1999, „Chcmotherapeutic treatmcnt of cancer: An ccosystemic study of hypnosis and attributions of mcaning", în*Disserialion Abstrucls International.* Section B: The Sciences and Engineering, voi. 59 (11-B), p. 6110.

LIOSSI, CH.; HATIRA, P., 1999, „Clinical hypnosis versus cognitive behaviora! trai ning for pain management with pediatric cancer patients undergoing bone marrow aspirations", în *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* voi. 47 (2), pp. 104-116.

LIOULIOS, T., 2001, „Hypnosis in the treatmcnt of a bank hold-up victim", in *Australian Journal of Clinicul and Experimental Hypnosis,* voi. 29(1), pp. 60-67.

LIPSETT, L., 1998, „Hypnosis in the treatmcnt of social phobia". în *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* voi. 26(1), pp. 57-64.

LO REN SINI, S., 1998, „Hypnosis for performance anxiety", în *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* voi. 26(2), pp. 177-182.

LUMSDEN, A., 1999, „Treatmcnt of PTSD utilising CBT and Hypnotherapy", in *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* voi. 27 (2), pp. 150-157.

LUNDY, R.M., 1989, „Measurement and individual diffcrcnces of suggestibility : Somecomments", în Gheorghiu, V.A.; Netter, P.; Eysenck, H.J.; Roscnthal. R. (eds.), *Suggestion and Suggestibility: Theory and Research,* Springer-Verlag, Berlin, pp. 177-180.

LUNDY, R.M., 1989, „The internai confirmation of personal constructs: Why suggcstions are not accepted", în Gheorghiu, V.A.; Netter, P.; Eysenck, H.J.; Rosenthal, R. (eds.), *Suggestion and Suggestibility: Theory and Research,* Springer-Verlag, Berlin, pp. 79-90.

LYNCH, D.F., jr., 1999, „Empowering the patient: Hypnosis in the management of cancer. surgical discasc and chronic pain", în *American Journal of Clinical Hypnosis,* voi. 42 (2), pp. 122-130.

LYNN, S.J., 2001, „Hypnosis, the hidden observer, and not-so-hidden consent". în *American Journal of Clinical Hypnosis,* voi. 43 (3-4), pp. 291-292.

LYNN, S.J.; KIRSCH, I.; BARABASZ, A.; CARDF.NA. E.; PATTERSON, D., 2000, „Hypnosis as an empirically supported clinical intervention: The state of the evidence and a

look to the future", în *International Journal ofClimcal and Experimental Hypnosis,* voi. 48 (2), pp. 239-259.

LYNN, SJ.; KIRSCH, I.; RHUE, J.W. (eds.). 1996, *Casebook ofClinical Hypnosis,* American Psychological Association, Washington.

LYNN, SJ.; LILIENFELD, S.; RHUE, J.W., 1999, „An evaluaiion of Barber's three-dimensional theory of hypnosis: Promise and pitfalls", în *Contemporary Hypnosis,* voi. 16 (3), pp. 160-164.

LYNN, SJ.; MILANO, M.; WEEKES, J., 1991, „Hypnosis and pseudomemories: The effect of prehypnotic expectancics", în *J. of Pers. and Soc. Psych.,* voi. 60 (2), pp. 318-326.

LYNN, SJ.; SHERMAN, S.J., 2000, „The climcal importance of sociocognitive models of hypnosis: Response set theory and Milton Erickson's strategic interventions", în *American Journal ofClinical Hypnosis,* voi. 42 (3-4), pp. 294-315.

MALAREWICZ, J.A., 1992, *La strategie en therapie,* E.S.F., Paris.

MALAREWICZ, J.A., 1992, *Quatorze lecons de therapie stratigique,* E.S.E, Paris.

MALAREWICZ, J.A.; GODIN, }., 1986. *Milton fi. Erickson. De l'hypnose clinique ă la psychotherapie strategique,* E.S.F., Paris.

MANNING, C, 1996, „Treatment of trauma associated with childhood sexual assault", în *Australian Journal of Clinica! and Experimental Hypnosis,* voi. 24 (1), pp. 36-45.

MARTINEZ TENDERO, J.; CAPAFONS, A.; WEBER, V.; CARDENA, E., 2001, „Rapid self-hypnosis; A new self-hypnosis method and its eomparison with the Hypnotic Induction Profile (HIP)", *în American Journal ofClinical Hypnosis,* voi. 44 (1), pp. 3-11.

MATSUMOTO, A., 1999, „Relationshipbetweenanxiety and imageryexperiencing", *înJapanese Journal of Hypnosis,* voi. 44 (2), pp. 3-8.

MATTHEWS, WJ., 1996, „Ericksonian approaches to psychothcrapy: From objeetive to constnicted reality", în *Journal ofCognitive Psychothercpy,* voi. 10 (3), pp. 205-218.

MATTHEWS, W.J., 2000, „Ericksonian approaches to hypnosis and therapy: Where are we now ? ", în *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* vo). 48 (4), pp. 418-426.

MATTHEWS, WJ.; CONȚI, J.; STARR, L., 1999, „Ericksonian hynosis: A review of the empirica! data", în *Sleep and Hypnosis,* voi. 1 (1), pp. 47-56.

MATTHEWS, WJ.; LANKTON, S.; LANKTON, C, 1996, „The use of Ericksonian hypnotherapy in the case of Ellen", în SJ. Lynn; I. Kirsch *et al.* (cds.), *Casebook of Climcal Hypnosis,* American Psychological Association, Washington, DC, US.

MCCLOSKEY, M.S.; KUMAR, V.K.; PEKALA. RJ., 1999, „State and trăit depression, physical and social anhedonia, hypnotizability and subjective experiences during hypnosis", în *American Journal of Clinical Hypnosis,* voi. 41 (3), pp. 231-252.

McGUIRE, WJ., 1989, „A mediational theory of susceptibility to social influence", înGheorghiu, V.A.; Netter, P.; Eysenck, HJ.; Rosenthal, R. (eds.), *Suggestion and Suggestibility : Theory and Research,* Springer-Verlag, Berlin, pp. 305-322.

McMASTER, N., 1996, „Major depression: A hypno-cognitive-behavioural intervention", în *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis,* voi. 17 (1), pp. 17-24.

McNEAL, SH.A., 2001, *EMDR and hypnosis in the treatment ofphobias.*

McNEILLY, R., 2000, „Bringing hypnotherapy to life: Buitding on an Ericksonian approach", în *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis,* voi. 21 (1), pp. 39-46.

MEAD, D.E., 1990, *Effective Supervision,* Brunner/Mazel Publ., New York.

MELCHIOR.TH., 1994, „Le stylc des suggestions", în *Phoenix,* (25), pp. 24-29.

MESZAROS, J.; CRAWFORD, HJ.; SZABO, C.; NAGY-KOVACS, A.; REVESZ, Z., 1989, „Hypnotic susceptibility and cerebral hemisphere. Preponderance: verbal-imaginal discriminationtask", înGheorghiu, V.A.; Ncttcr, P.; Eysenck, HJ.; Rosenthal, R. (eds.), *Suggestion and Suggestibility: Theory and Research,* Springcr-Vcrlag, Berlin, pp. 191-204.

MILLER, G.E.; COHEN, S., 2001, „Psychological interventions and the immune system: A meta-analytic review and critique", în *Health Psychology,* voi. 20 (1), pp. 47-63.

MOFFITT, K.H., 2000, „Hypnosis and self-regulation training: An experimental eomparison", în *Dissertation Abstracts International,* Section B: The Sciences and Engincering, voi. 61 (1-B), p. 542.

MOORE, M., 2001, „Hypnosis and post-traumatic stress disorder", in *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* vol. 29 (2), pp. 93-106.

MORGAN, S.. 2001, „Brief hypnosis for needle phobia", in *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* vol. 29 (2), pp. 107-115.

MORGAN, S., 2001, „Hypnosis and simple phobia", in *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* vol. 29 (1), pp. 17-25.

MURAOKA, M.; KOM1YAMA, H.; HOSOI, M.; MINE, K. *et at.,* 1996, ..Psychosomatic treatment of phantom limb pain with post-traumatic stress disorder: A case report", in *Pain,* vol. 66 (2-3), pp. 385-388.

MUTTER, K.L., 1999, „Empowering strategics: The physician's point of view", in *American Journal of Clinical Hypnosis,* vol. 42 (2). pp. 116-120.

NAISH, P.L.N., 1999, ,.Hypnosis: Reinstating the state", in *Contemporary Hypnosis,* vol. 16 (3). pp. 165-169.

NASH, M.R., 1996, „A psychoanalytically informed approach in the case of Ellen", in S.J. Lynn; I. Kirsch *et al.* (eds.). *Casebook of Clinical Hypnosis,* American Psychological Association, Washington, DC, US.

NEIMEYER, R.A., 2001, „The language of loss: Grief therapy as a process of meaning reconstruction", in R.A. Ncimcyer (ed.). *Meaning Reconstructiott& the Experience of Loss,* American Psychological Association, Washington, DC.

NETTER, P., 1989. ..Sensory suggestibility: measurement, individual differences, and relation to placebo and drug effects", in Gheorghiu, V.A.; Netter, P.: Eysenck, H.J.; Rosenthal, R. (eds.). *Suggestion and Suggestibility: Theory and Research,* Springer-Verlag, Berlin, pp. 123-134.

OATLEY, K., 1992, „Integrative action of the narrative", in J.D. Stein; J.E. Young (eds.), *Cognitive Science and. Clinical Disorders,* Academic Press Inc., San Diego.

O'CONNOR, J.; SEYMOUR, J., 1990, *introducing Neuro-Linguistic Programming,* Harper Collins Publ., San Francisco.

O'CONNOR, J.; SEYMOUR, J., 1995, *Introduction a la PNL. Programmation Neuw-Linguistique,* Vigot, Paris.

O'HANLON, W.H., WEINER-DAVIS, M., 1995,*L'Orientation verslesSolutions,* SATAS, Bmxelles.

O'NEILL, L.M.; BARNIER, A.J.; McCONKEY, K., 1999, ..Treating anxiety with self-hypnosis and relaxation", in *Contemporary Hypnosis,* vol. 16 (2), pp. 68-80.

O'NEILL, R., 1996, ..Discussion of: «Inner child work: What is really happening?*", in *Dissociation : Progress in the Dissociative Disorders,* vol. 9 (1). pp. 76-77.

OLSON, J. A., 1996, ..Response to «Inner child work: What is really happening ? »", *XnDissociation: Progress in the Dissociative Disorders,* vol. 9 (1), pp. 74-75.

PEARCE, M., 1997, „Hypnosis and imagination/visualisation in the achievement of personal goals", in *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis,* vol. 18(1), pp. 33-38.

PEARCE, M., 1999, ,A case study in the use of hypnosis to assist with exam preparation and anxiety", in *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis,* vo3. 20 (1), pp. 55-57.

PEEBLES KLEIGER, M.J., 2001, ..Contemporary psychoanalysis and hypnosis", in *International Journal of Clinical ami Experimental Hypnosis,* vol. 49 (2), pp. 146-165.

PBSESCHKIAN, N„ 1987, *Positive Psychotherapy,* Springer Verlag, Berlin.

PESESCHKIAN, N., 1991, *A tudos meg a tevehajesar. Keleti tartinetek, nyugati lelki bajok,* Helikon Kiado. Budapest.

PETER, B.; REVENSTORF. D., 2000. ..Commentary on Matthews's «Ericksonian approaches to hypnosis and therapy: Where are we now?»", in *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* vol. 48 (4), pp. 433-437.

PETERSON, J.A.. 1996, „Hypnotherapeutic techniques to facilitate psychotherapy with PTSD and dissociative clients", in L.K. Micheison; W.J. Ray (eds.). *Handbook of Dissociation : Theoretical, Empirical and Clinical Perspectives,* Plenum Press, New York, NY, US.

PETOT, J.M., 1990. Revaluation dc 1'existence et dc la profondeur de la trance", in *Phoenix,* <8), pp. 30-36.

PINNELL, C M . ; COVINO. N.A., 2000, ..Empirical findings on the use of hypnosis in medicine: A critical review", in *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* vol. 48 (2), pp. 170-194.

PRICE. D.A., 1996. „ Inner child work: What is really happening? ", in *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders,* vol. 9(1), pp. 68-73.

RASKIN, R.; RAPS, CH.; LUSKIN, *F.;* CARLSON, R.; CRISTAL. R., 1999, „Pilot study of the effect of self-hypnosis on the medical management of essential hypertension", in *Stress Medicine,* vol. 15 (4), pp. 243-247.

REIG, I.; CAPAFONS. A.; BAYOT, A.; BUSTILLO, A., 2001, .Suggestion and degree of pleasantness of rapid self-hypnosis and its abbreviated variant", in *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* vol. 29 (2), pp. 152-164.

RHUE, J.W; LYNN, S.J.; PINTAR, J., 1996, *Narrative and imaginative storytelling : Hypnotherapy in the treatment of a sexually abused child.*

ROBERTS, D., 1998, „The use of hypnosis and brief strategic therapy widi a case of separation anxiety and school refusal", in *Contemporary Hypnosis,* vol. 15(4), pp. 219-222.

ROMANOFF, B.D., 2001, „Research as therapy : The power of narrative to effect change", in R.A. Neimeyer (ed.), *Meaning Reconstruction & the Experience of Loss,* American Psychological Association, Washington, DC.

ROSEN, S., 1986, *Ma voix t'accompagnera... Milton H. Eriekson raconte,* Hommeset Groupes, Paris.

ROSSI, E.L.. 1997, „Self-organizational dynamics in Ericksonian hypnotherapy: A nonlinear evolution for the psychotherapist of the future", in J.K. Zeig (ed.), *The Evolution of Psychotherapy : The third conference,* Brunner/Mazel Inc., Philadelphia, PA, US.

ROSSI, E.L.; CHEEK, D.B., 1988, *Mind-Body Therapy. Methods of Ideodynamic Healing in Hyonosis,* W.W. Norton & Co., New York.

RUSH, A.J.; BECK. A.T., 2000, ..Cognitive Therapy", in B.J. Sadock; V.A. Sadock (cds.), *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry,* seventh edition on CD-ROM, Lippincott Williams& Wilkins, Philadelphia, PA.

SALKOVSKIS, P.M., 1991, „The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: A cognitive account", in *Behavioural Psychotherapy,* 19, pp. 6-19.

SARBIN, R.T.; COE. W.C., 1972, *Hypnosis. A Social Psychological Analysis of Influence Communication.* Holt, Rinehart & Winston, New York.

SCHOENBERGER, N.E., 2000, ..Research on hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy", in *international Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* vol. 48 (2), pp. 154-169.

SCHOENBERGER, N.E; KIRSCH, I.: GEARAN, P.; MONTGOMERY, G. *el at.,* 1997, „Hypnotic enhancement of a cognitive behavioral treatment for public speaking anxiety", in *Behavior Therapy,* vol. 28 (1), pp. 127-140.

SCHREIBER, E., 2001, „Hypnosis for fear of flying", in *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* vol. 29 (2), pp. 116-121.

SCHULTZ, J.H., 1958, *Le Training Autogen. Methode de relaxation par auto-decontraction concentrative. Essuipratique et clinique,* P.U.F.. Paris.

SCHUMAKER, J. (ed.), 1991, *Human Suggestibility,* Routledge, New York.

SCHWANENBERG, E., 1989, ..Suggestion as social biasing of meaning tests: A hciderian extension of the Miller, Galanter and Pribram Paradigm - Catalyzing McGuire's theory of attitude change", in Gheorghiu, V.A.; Netter, P.; Eyscnck, H.J.; Rosenthal, R. (cds.), *Suggestion and Suggestibility : Theory and Research,* Springer-Verlag, Berlin, pp. 263-278.

SELBY, J., 1993, *Erezdjol magad,* Edesviz Kiado, Budapest.

SELIGMAN, M.E.P., 1989, ..Explanatory style: Predicting Depression, Achievement and Health", in M.D.Yapko (ed.), *Brief Therapy Approaches to Treating Anxiety and Depression,* Brunner/ Mazel Publisher, New York.

SELIGMAN, M.E.P., 1998, *Learned Optimism. How to Change Your Mind and Your Life,* Pocket Books, New York.

SHAPIRO, D.H., ASTIN, J. A., 1998, *Control Therapy. An Integrated Approach to Psychotherapy, Health and Healing,* John Wiley & Sons Inc., New York,

SHEA, D.J., „Sugestion, placebo, and expectation; Immune effects and other bodly change", in Schumaker, J.F. (ed.), *Human Suggestibility,* Routledge, New York, London, pp. 253-278.

SHEIKH, A. A. (ed.), 1984, *Imagination and Healing,* Bay wood. New York.

SILVA, E.C.; KIRSCH, I., 1987, „Breaching hypnotic amnesia by manipulating expectancy", tn *Journal of Abnormal Psychology,* 96 (4), pp. 325-329.

SOMMERS FLANAGAN, J.; SOMMERS FLANAGAN, R., 1996, „The Wizard of Oz metaphor in hypnosis with treatment-resistant children", in *American Journal of Clinical Hypnosis* 39 (2), pp. 105-114.

SPANOS, N.P., 1989, „Interpretational sets, hypnotic responding, and the modification of hypnotizability", in Gheorghiu, V.A.; Netter, P.; Eysenck, H.J.; Rosenthal, R. (eds.), *Suggestion and Suggestibility: Theory and Research,* Springer-Verlag, Berlin.

SPANOS, N.P.; MENARY, E.; GABORA, N.J.; DU BREUIL, S.C.; DEWHIRST, B., 1991, „ Secondary identity enactments during hypnotic past life regression: A sociocognitive perspective", in *J. ofPers. and Soc. Psychology,* 61 (2), pp. 308-320.

SPIEGEL, H.; GREENLEAF, M.; SPIEGEL, D., 2000, „Hypnosis", inBJ. Sadock; V.A. Sadock (eds.), *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry,* seventh edition on CD-ROM, Lippincott Williams& Wilkins, Philadelphia, PA.

STEGGLES, S., 1999, „The use of cognitive-behavioral treatment including hypnosis for claustrophobia in cancer patients", in *American Journal of Clinical Hypnosis,* vol. 41 (4), pp. 319-326.

SUDWEEKS, C., 1998, „ Effects of cognitive group hypnotherapy in the alteration of depressogenic schemas", in *Dissertation Abstracts International,* Section B: The Sciences and Engineering, vol. 58 (8-B), p. 4474.

SUTTON, W.S., 1996, „Self-hypnosis for stress management and self-exploration", in *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis,* vol. 17(2), pp. 91-97.

TAKAISHI, N., 2000, „A comparative study of Autogenic Training and Progressive Relaxation as methods for teaching clients to relax", in *Sleep and Hypnosis,* vol. 2 (3), pp. 132-136.

TAMALONIS, A.M; MITCHELL, J., 1997, „An empirical comparison of Ericksonian and traditional hypnotic procedures", in *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis,* vol. 18 (1), pp. 5-16.

TEEGEN, R, 1983, *Gamfreitliche Gesundheit. Dersanfte Umgang mit uns selbst,* Rowohlt, Hamburg.

VIEILLE, R. CONSTANT jr., 1998, „The use of hypnosis, self-hypnosis, mental imagery, and naturalistic trance to enhance immunity and health in gay men with HIV: A contextualistic perspective", in *Dissertation Abstracts International,* Section B: The Sciences and Engineering, vol. 58 (10-B), p. 5692.

VINGOE, F.J., 1999, ..Multiple paths into hypnosis for the millennium", in *Contemporary Hypnosis,* vol. 16 <3), pp. 170-175.

WADE, T.C.; WADE, D.K., 2001, „ Integrative psychotherapy: Combining ego-state therapy, clinical hypnosis, and Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) in a psychosocial developmental context", in *American Journal of Clinical Hypnosis,* vol. 43 (3-4), pp. 233-245.

WALKER, L.G., 1998, ..Hypnosis and cancer: Host defences, quality of life and survival", tn *Contemporary Hypnosis,* vol. 15 (1), pp. 34-38.

WALKER, W.L., 2000, ^Improvised self-hypnosis for childbirth", in *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* vol. 28 (1), pp. 100-102.

WALLING, D.P.; BAKER, J.M.; DOTT, SH.G., 1996, „A national survey of hypnosis training-Its status in psychiatric residency programs: A brief communication", in *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* vol. 44 (3), pp. 184-188.

WALTER, J.L.; PELLER, J.E., 1992, *Becoming Solution-Focused in Brief Therapy,* Brunner/ Mazel Inc., New York.

WARK, D.; KOHEN, D.P., 1998, ..Facilitating facilitators' facilitation: Experience with a model for teaching leaders of hypnosis practice groups", in *American Journal of Clinical Hypnosis,* vol. 41 (1). pp. 75-81.

WARREN, M.P., 1997, ..Encoding and decoding: Comparing Milton Erickson's hypnotherapy and Robert Langs's Communicative Approach", in *International Journal of Communicative Psychoanalysis and Psychotherapy,* vol. 12 (1-2), pp. 5-13.

WATKINS, J.G., 2000, „The psychodynamic treatment of combat neuroses (PTSD) with hypnosis during World War II", in *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* vol. 48 (3), pp. 324-335.

WATZLAWICK, P., 1992, ..Preface", in Godin, *L, La nouveilehypnose: Vocabulaire, principes et methodes,* Albin Michel, Paris.

WATZLAWICK, P., 1993, *The Language of Change,* WW. Norton Co., London.

WATZLAWICK, P.; Beavin, J.H.; Jackson, D.D., 1972, *Une logique de la communication,* Editions du Seuil, Paris.

WATZLAWICK, P.; NARDONE, G. (eds.), 2000, *Stratigie de la therapie breve,* Ed. du Seuil, Paris.

WATZLAWICK, P.; WEAKLAND, J.H.; FISH, R., 1990, *Vdlwzds,* Gondola:, Budapest.

WEITZENHOFFER, A., 1957, *General Techniques of Hypnotism,* Grune & Stratton Inc., New York.

WICKLESS, C.; KIRSCH, I., 1989, „ Effects of verbal and experiential expectancy manipulations on hypnotic susceptibility", In *J. ofPers. and Soc. Psych.,* 57 (5), pp. 762-768.

WILLIAMS, M.J., 1992, *The Psychological Treatment of Depression,* Routledge, London.

WILLSHIRE, D., 1996, „Trauma and treatment with hypnosis", *\n Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* vol. 24 (2), pp. 125-136.

WINTER, W.E., 2001, „The use of a skiil-bascd activity in therapeutic induction", in *American Journal of Clinical Hypnosis,* vol. 44 (2), pp. 119-126.

WOLBERG, L.R., 1996, „ Hypnosis and psychoanalytic therapy (hypnoanalysis)", in American Journal of Psychotherapy, vol. 50 (4), pp. 393-415.

WOLMAN, B.B., 1994a, „Defining Anxiety", in B.B. Wolman; G. Strieker (eds.). *Anxiety and Related Disorders, A Handbook,* John Wiley& Sons Inc., New York.

YAPKO, M.D., 1990, *Trancework,* Brunner/Mazel Publ., New York.

YAPKO, M.D., 1992, *Hypnosis and The Treatment of Depression: Strategies for Change,* New \fork, Brunner/Mazel, Inc.

YAPKO, M.D., 1992a, *Using Hypnosis in Treating Depression,* New York, Brunner/Mazel, Inc.

YAPKO, M.D., 2001a, „Hypnotic intervention for ambiguity as a depressive risk factor", in *American Journal of Clinical Hypnosis,* vol. 44 (2), pp. 109-117.

YAPKO, M.D., 2001b, ..Hypnosis in treating symptoms and risk factors of major depression", in *American Journal of Clinical Hypnosis,* vol. 44 (2), pp. 97-108.

YAPKO, M.D; BARRETTA, N.P; BARRETTA, PH.E, 1998, „Clinical training in Ericksonian hypnosis", in *American Journal of Clinical Hypnosis,* vol. 41 (1), pp. 18-28.

ZACHARIAE, R.; JORGENSEN, M.M.; BJERR1NG, P.; SVENDSEN, G., 2000, „Autonomic and psychological responses to an acute psychological stressor and relaxation: The influence of hypnotizability and absorption", in *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* vol. 48 (4), pp. 388-403.

ZAHOUREK, R.P., (ed.), 1990, *Clinical Hypnosis & Therapeutic Suggestion in Patient Care,* Brunner/Mazel Publishers, New York.

ZEIG, J.K. (ed.), 1982, *Ericksonian Approaches to Hypnosis and Psychotherapy,* Brunner/Mazel Publ., New York.

ZEIG, J.K. (ed.), 1985, *Ericksonian Psychotherapy,* vol. I: *Structures,* Brunner/Mazel Publ., New York.

ZEIG, J.K. (ed.), 1985, *Ericksonian Psychotherapy,* vol. II: *Clinical Applications,* Brunner/ Mazel Publ., New York.

ZEIG, J.K., 1989, *Teaching Seminar with Milton H. Erickson, M.D.,* Brunner/Mazel Publications, New York.

ZEIG, J.K., 1999, „The virtues of our faults : A key concept of Ericksonian therapy", in *Sleep and Hypnosis,* vol. 1 (2), pp. 129-138.

ZEIG, J.K., 2000, „Les **vertus de nos defauts**: **un** concept **ele de ta JK'iipn M d M i ^ " . k** ***Stratigie de la*** *therapie breve,* **Ed. du Seuil, Paris, pp. 114-144.**

ZEIG, J.K.; GILLIGAN, ST.G. (eds.), 1990, Brie/ ***Therapy. Myths. Methodi mi Mm^tmK.*** Brunner/Mazel, **New** York.

ZEIG, J.K.; LANKTON, ST.R. (eds.), 1988, *Developing Ericksonian Therapy.* ***Suxe o*<'** . * t Brunner/Mazel, New \fork.**

ZINDEL, J.P., 1996, „How can **hypnosis enrîch psychoanalytic therapy and vice vena?",** ***m Australian Journal of Clinteai and Experimental Hypnosis,*** **voi. 24 (1), pp. 59-64.**

***** 1992,** *Grand dictionnaire* ***de la psychologie,*** **Larousse, Paris.**

Collegium. Psihologie

au apărut:

Adrian Neculau (coord.) - *Psihologie socială. Aspecte contemporane*
Andrei Cosmovici - *Psihologie generală*
W. Doise, J.-C. Deschamps, G. Mugny - *Psihologie socială experimentală*
Adrian Neculau, Gilles Ferreol (coord.) - *Minoritari, marginali, excluși*
Constantin Cucoş - *Minciună, contrafacere, simulare. O abordare psihopedagogică*
Mielu Zlate (coord.) - *Psihologia vieții cotidiene*
R.Y. Bourhis, J.-P. Leyens (coord.) - *Stereotipuri, discriminare și relații intergrupuri*
Serge Moscovici - *Psihologia socială sau mașina de fabricat zei*
Adrian Neculau (coord.) - *Câmpul universitar și actorii săi*
Adrian Neculau (coord.) - *Psihologia câmpului social. Reprezentările sociale*
J. Barus-Michel, F. Giust-Dcsprairies, Luc Ridel - *Crize. Abordare psihosocială clinică*
Andrei Cosmovici, Luminița Iacob (coord.) - *Psihologie școlară*
Serban lonescu - *Paisprezece abordări în psihopatologie*
Sergc Moscovici (coord.) - *Psihologia socială a relațiilor cu celălalt*
Wiilem Doise, Gabriel Mugny - *Psihologie socială și dezvoltare cognitivă*
Ana Stoica-Constantin, Adrian Neculau (coord.) - *Psihosociologia rezolvării conflictului*
Andre Sirota - *Conduite perverse in grup*
Adrian Neculau, G. Ferr&j) (coord.) - *Psihosociologia schimbării*
Mircea Miclea - *Psihologie cognitivă. Modele teoretico-experimentale*
Mielu Zlate - *Psihologia mecanismelor cognitive*
Gilles Ferreol (coord.) - *Identitatea, cetățenia și legăturile sociale*
Mielu Zlate - *Introducere în psihologie*
Ion Dafmoiu - *Elemente de psihoterapie integrativă*
Eva Drozda-Senkowska - *Psihologia socială experimentală*
Cornel Havârneanu - *Cunoașterea psihologică a persoanei. Posibilități de utilizare a computerului In psihologia aplicată*
Steve Duclc - *Psihologia relațiilor interumane. Teorie, concepte și noțiuni fundamentale*
\klentin Clocotici, Aurel Stan - *Statistică aplicată in psihologie*
Gilles Ferreol (coord.) - *Adolescenții și toxicomania*
Adrian Neculau (coord.) - *Analiza și intervenția în grupuri și organizații*
Pierre De Visscher, Adrian Neculau (coord.) - *Dinamica grupurilor. Texte de bază*
Mihaela Roco - *Creativitate și inteligență emoțională*
Jean Dclacour - *Introducere in neuroștiințele cognitive*
Ion Dafmoiu - *Personalitatea. Metode de abordare clinică: observația și interviul*
Septimiu Chelcea - *Un secol de cercetări în psihosociologie*

Aurel Stan - *Testul psihologic. Evoluție, construcție, aplicații*
Dan Goglează - *întîlnire cu un psihoterapeut în practica schimbării. Exemple, cazuri, soluții, comentarii*
Alex Mucchielli - *Arta de a influența*
Michel-Louis Rouquettc - *Despre cunoașterea maselor. Eseu de psihologie politică*
Vincent Yzerbyt, Georges Schadron - *Cunoașterea și judecarea celuilalt*
Mihai Kramar - *Psihologia stilurilor de gândire și acțiune umană*
Jean-Claude Abric - *Psihologia comunicării. Teorii și metode*
Șerban lonescu, Marie-Madeleine Jacquet, Claude Lhote - *Mecanismele de apărare. Teorie și aspecte clinice*
Ștefan Boncu - *Psihologia influenței sociale*
Daniel Gaonac'h, Pascale Larigauderie - *Memorie și funcționare cognitivă*
Bruna Zani, Augusto Palmonari - *Manual de psihologia comunității*
Ion Dafinoiu, Jeno-Lâszlo \&rgha - *Hipnoza clinică. Tehnici de inducție. Strategii terapeutice*

în pregătire:

A. Neculau, G. Ferrtol (coord.) - *Violența. Aspecte psihosociale*
A. Neculau - *Manual de psihologie socială*

263000
26.90

Psihologie

Ion Dafinoiu, Jenő-László Vargha

HIPNOZA CLINICĂ

Tehnici de inducție. Strategii terapeutice

Hipnoza clinică utilizează într-o manieră sistematică disponibilitatea, specific umană, de a trăi transe hipnotice, pentru rezolvarea unor probleme sau tulburări diverse în fața cărora abordarea logică rămâne neputincioasă. Ea ne eliberează de stereotipurile logice care ne limitează căutarea soluțiilor și răspunsurilor, ne face mai flexibili, mai creativi. Transa hipnotică angajează pacientul într-o căutare inconștientă, creativă, a *propriilor* soluții, a răspunsurilor unice la întrebările lui unice. M. Erickson repeta frecvent pacienților săi în timpul transei: „Sunt lucruri pe care le știți, dar nu știți că le știți; când veți ști ceea ce nu știți că știți, vă veți schimba!".

Cartea se adresează tuturor celor interesați de domeniul hipnoterapiei, oferindu-le un prețios ghid teoretic și practic pentru înțelegerea și aplicarea corectă a mecanismelor transei hipnotice.

• Cadrul conceptual al hipnozei • Sugestie și hipnoză • Testarea sugestibilității/hipnotizabilității • Caracteristicile limbajului hipnotic • Inducerea transei hipnotice • Manifestările specifice hipnozei și utilizarea lor clinică • Principii generale ale hipnoterapiei ericksoniene • Practica hipnoterapiei clinice • Structura unei intervenții hipnoterapeutice • Autohipnoza • Aplicații clinice • Formarea hipnoterapeuților • Supervizarea activității hipnoterapeutice

Collegium

ISBN 973-681-089-5
9 789736 810893

Editura POLIROM
www.polirom.ro